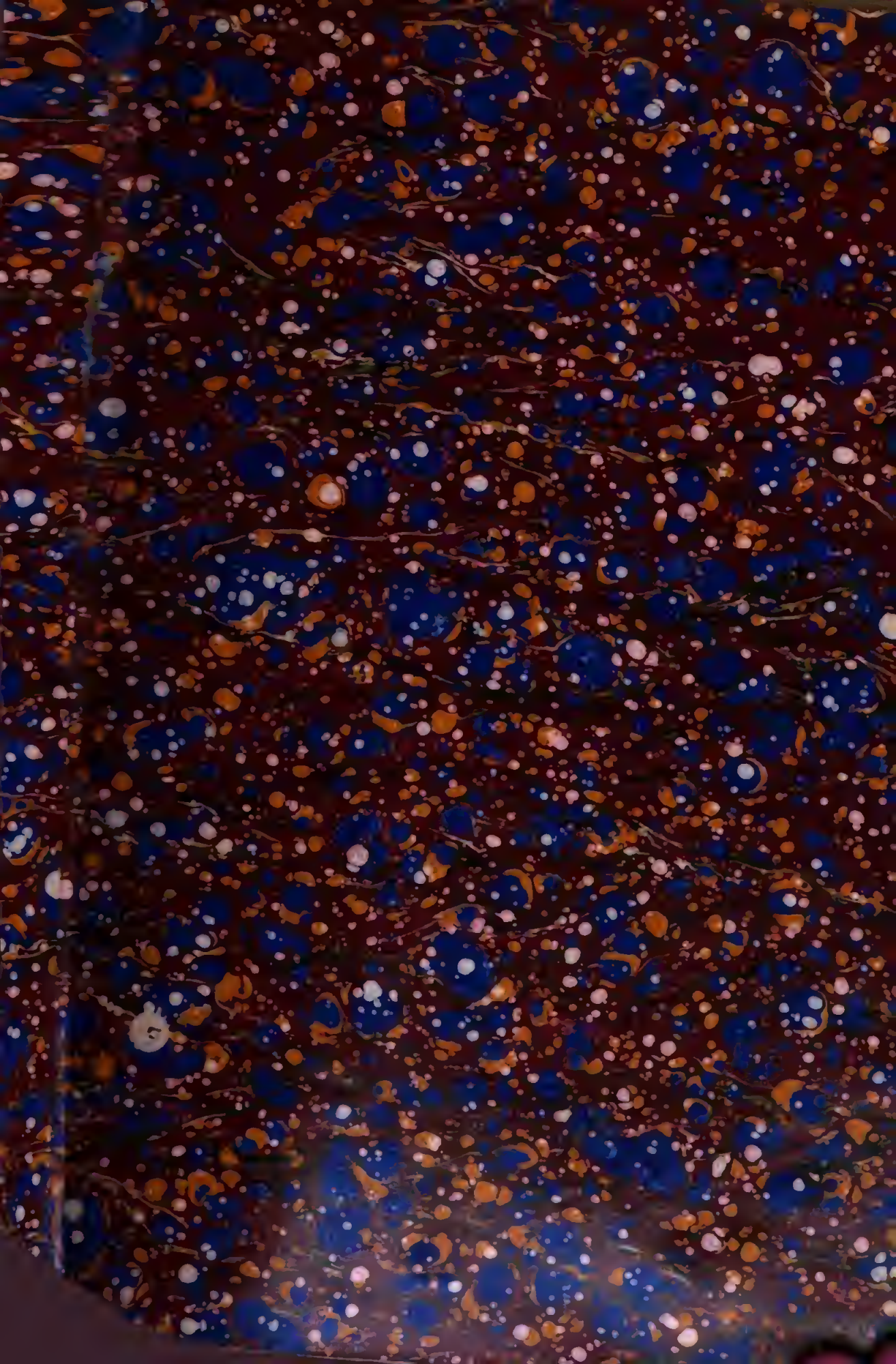
UC-NRLF
B 3 743 745



Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. I. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt
in Berlin.

Fünfunddreissigster Jahrgang. 1897.

BERLIN.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Verzeichnis der Original-Mitteilungen.

	Seite
Bogomolow, Th., und Wassilieff, N., Beitrag zur qualitativen Bestimmung des Peptons im Harn	49
Korolew, E. E., Ueber den Ursprung und die Bedeutung der Ganglienzellen bei der Regeneration verletzter Nerven	113, 129
Tümänzew, N., Beiträge zur Erforschung des Sympathicuseinflusses auf die contralaterale Pupille	465
Bondzynski, St., und Gottlieb, R., Ueber einen bisher unbekannten Harnbestandteil, die Oxyproteïnsäure	577
de Jager, L., Eine neue Methode zur Bestimmung freier Säure neben Phosphaten	593
Töpfer, G., Zur Kenntnis des unter dem Namen „Oxyproteïnsäure“ beschriebenen Harnbestandteiles	705
Kramm, William, Ueber ein neues Kreatininderivat	785

Druckfehler.

496. 896.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

10117

135

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **2. Januar.** **No. 1.**

Inhalt: Schaffer, Ueber Centrosomen in Ganglien- und Knorpelzellen. — Balke, Zur Kenntnis des Carniferrins. — Dühring, Ueber den Schwefelgehalt der Hornsubstanz. — Hochhaus und Quincke, Ueber Resorption und Ausscheidung von Eisen im Darmkanal. — Zeehuisen, Ueber Verdauungsfermente im Cysteninhalt. — Donath, Notkin, Zur Physiologie der Schilddrüse. — Wirland, Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Jodoforminjektionen. — Hildebrand, Zur Lehre von den freien Gelenkkörpern. — Morf, Fall von otitischen Hirnabscessen. — Abbe, Carotisblutung bei Nekrose des Mittelohrs. — Kellock, Intubation statt Tracheotomie bei Diphtherie. — Maragliano, Ueber Seruminjektionen gegen Tuberkulose. — Hirschlaff, Bakteriologie der Pyonephrose. — Oesterreich, Operativ geheilter Fall von Morbus Addisonii. — Leyden, Zur Aetiologie der Endocarditis ulcerosa. — Peiper und Schnaase, Ueber Albuminurie nach Schutzpockenimpfung. — Naunyn, Fall von frühzeitiger Lebercirrhose. — Hubbard, Einseitige Lähmung des Accessorius. — Grawitz, Zur Kenntnis der Drucklähmungen des Rückenmarks. — Collins, Fall von Tumor am Aquaeductus Sylvii. — Ullmann, Multiple Angiombildung im Gesicht. — Lukasiewicz, Ueber Erythema exsudativum der Mundschleimhaut. — Lejars, Behandlung der Haematocele des Beckens. — Pozzi, Ueber die Infusion von Kochsalzlösungen.

Schaffer, Ueber einen neuen Befund von Centrosomen in Ganglien- und Knorpelzellen. Sitzungsber. der Wiener Akademie der Wissensch. CV. Abt. III. S. 21.

In den Knorpelzellen des Zungenbeinkieles von Myxine glutinosa finden sich eigentümliche, als Centrosomen anzusprechende Gebilde. Es handelt sich um anscheinend meist nackt im Protoplasma liegende, bisweilen zu zweien und dreien vorhandene und dann auch manchmal von einem hellen Hof umgebene Körnchen. In Bezug auf den Kern war ihre Lage — vielleicht infolge von Schrumpfungen der Zellsubstanz — sehr verschieden. Infolge des tinktoriellen Verhaltens bei Färbung mit Haemalaun-Eosin wirft Verf. die Frage auf, ob die Centralkörper vielleicht ursprünglich Bestandteile des Kerns gewesen sind, die nach Uebertritt ins Protoplasma sekundär ihre Färbbarkeit geändert haben.

Digitized by Google

Ferner fand Verf. in den Ganglienzellen der Schädelganglien von Petromyzon (Fixierung ebenfalls in Pikrinsäuresublimat) ganz ähnliche Gebilde. Oft bestanden sie aus einem dichten, unregelmässigen Protoplasmaklümpchen mit eng anliegender, heller, kugeliger Sphäre, in deren Centrum sich ein Kern befand, sodass man das Ganze als Centrosoma, Sphäre und Archoplasma denten konnte. Da eine Zellteilung bei Elementen von so hoher physiologischer Dignität nicht mehr in Betracht kommt, bringt Verf. die Centrosomen hier in Beziehung zu der vielleicht noch stattfindenden Kernteilung, für welche der häufige Befnnd von zwei Kernen in einer Ganglienzelle von Petromyzon zu sprechen scheint. Wegen der Gleichmässigkeit des Protoplasmas dürfte das vorliegende Material zum Studium besonderer Strukturverhältnisse hervorragend geeignet sein. Brühl.

P. Balke, Zur Kenntnis der Spaltungsprodukte des Carniferrins. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 248.

I. Das Antipepton. Nach SIEGFRIED ist die aus dem Carniferrin durch Spaltung erhaltene Fleischsänre von der Formel $C_{10}H_{15}N_3O_5$ wahrscheinlich identisch mit dem Antipepton KÜHNE's. Verf. hat nunmehr Antipepton im Wesentlichen nach KÜHNE durch Trypsinverdauung aus Fibrin dargestellt und dieses selbst untersucht, sowie verschiedene Salze dargestellt und analysirt. Für das Antipepton selbst führten die Analysen zu der Formel der Fleischsäure $= C_{10}H_{15}N_3O_5$. Die Reactionen stimmten mit den Angaben KÜHNE's für sein Antipepton und denen SIEGFRIED's für die Fleischsäure überein. Beide Körper sind somit identisch und zwar stellen sie nach der Analyse der Salze eine einbasische Säure dar. Für das Zinksalz ergab sich die Formel $(C_{10}H_{14}N_3O_5)_2Zn$, für das Baryumsalz die entsprechende Formel; für das Silbersalz die Formel $C_{10}H_{13}C_3O_5Ag_2 + 2\,H_2O$.

II. Oxydation der Fleischsäure. Zur Oxydation benntzte B. Baryumpermanganat, da sich mit demselben das Oxydationsprodukt aschearmer erhalten lässt, als mit Kalinmpermanganat. Es wurden sowohl gleiche Aequivalente, als anch 1 Aequivalent Fleischsäure und 2 Aequivalente Baryumpermanganat angewendet: das Produkt war in beiden Fällen dasselbe. Zur Ausführung der Oxydation wurde die abgewogene Quantität Fleischsänre in das Baryumsalz übergeführt, in die Lösung unter Kühlung mit Eis die gutgekühlte Lösung von Baryumpermanganat eingetropft, vom ausgeschiedenen Mangansuperoxyd abfiltrirt, eingedampft, der Baryt durch Schwefelsänre genau ansgefällt, von Baryumsulfat abfiltrirt, das eingedampfte Filtrat in Alkohol getropft, mit Alkohol nnd Aether gewaschen. Als Zusammensetzung ergab sich für das von B. Oxyfleischsäure genannte Produkt $C_{30}H_{41}N_9O_{15}$. Diese Formel ist das Dreifache der Fleischsäure minus 4 H. Darnach mnss der Säure das Moleculargewicht 767 zukommen. In der That ergab die BECKMANN'sche Methode eine naheliegende Zahl, nämlich 683. In ihren Reaktionen stimmt die Oxyfleischsänre mit der Fleischsäure überein, mit dem Unterschied jedoch, dass sie durch Ammonsulfat gefällt wird, eine Abweichung, die durch das sehr hohe Molekulargewicht erklärt wird. Sie giebt Biuretreaktion, jedoch keine MILLON'sche Reaktion. Die Oxyfleischsäure ist eine zweibasische Sänre, wie die Analyse des Zinksalzes, Baryumsalzes und Silbersalzes ergab.

Digitized by Google

III. Ueber Orylsäure, ein Spaltungsprodukt des Milchcarniferrins. Nach Siegfried lässt sich auch aus der Milch in analoger Weise wie aus Fleischextrakt Carniferrin darstellen. Dieses Carniferrin liefert bei der Zersetzung mit Barythydrat, ebenso wie das aus Fleischextrakt, Gährungsmilchsäure und Bernsteinsäure, die dabei ausserdem entstehende Fleischsäure ist jedoch nicht mit der Fleischsäure identisch, wenn sie ihr auch in äusseren Eigenschaften sehr ähnlich ist. Als Zusammensetzung ergab sich $C_{18}H_{28}N_4O_8$. Die Orylsäure bildet ein gelblich-weisses Pulver, das sich, frisch dargestellt leicht in Wasser löst und sehr hygroskopisch ist. Nach längerem Aufbewahren, sowie nach Erhitzen auf 90—100°, löst sie sich nicht mehr völlig in Wasser. Die wässerige Lösung reagirt stark sauer und treibt aus Carbonaten die Kohlensäure aus. Sie ist nach den Analysen des Zinksalzes und Silbersalzes eine einbasische Säure.

Durch Erhitzen mit Salzsäure bei 130° wird die Orylsäure gespalten. Unter den Spaltungsprodukten wurde bis jetzt nur Leucin nachgewiesen. Die nahe Uebereinstimmung des Carniferrins aus Milch mit der aus Fleisch ist sehr überraschend. Nach Vf. hat man es hier mit einer ganzen Klasse von Eisenverbindungen zu thun, den Eisensalzen der Nukleone Siegfried's, welche vermutlich bei der Behandlung mit Baryt ganz analoge Spaltungsprodukte liefern. E. Salkowski.

F. Dühring, Ueber Schwefelbestimmungen in verschiedenartigen animalischen Substanzen und in Haaren von Tieren verschiedenen Alters. Zeitschr. f. phys. Chem. XXII. S. 281.

Die Bestimmungen geschahen vergleichend nach Asboth durch Verbrennen mit Soda + Natriumsuperoxyd und nach Carius bezw. Liebig, resp. es wurden die früher in demselben Laboratorium an den gleichen Substanzen von Mohr nach den beiden letzteren Methoden ausgeführten Schwefelbestimmungen zur Kontrolle benutzt. Die Uebereinstimmung war eine sehr gute. Der Hauptvorzug der neuen Methode mit Natriumsuperoxyd ist die Abwesenheit von Salpetersäure (als Kaliumnitrat), welche sonst aus dem Schmelzen durch langwieriges wiederholtes Eindampfen mit Salzsäure entfernt werden muss. Weiterhin wurde noch eine Anzahl von Schwefelbestimmungen in den Haaren von Kaninchen derselben Rasse von verschiedenem Alter ausgeführt. Nach denselben nimmt der Schwefelgehalt mit zunehmendem Alter allmählich zu bis zu einem Maximum von 4,77 pCt. im 18. Monat. E. Salkowski.

H. Hochhaus und **H. Quincke,** Ueber Eisenresorption und Ausscheidung im Darmkanal. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 37. S. 156.

Durch mehrere Untersuchungen der letzten Jahre (Kunkel, Hall u. A.) steht es fest, dass der Darm bei dem Eisenstoffwechsel im Organismus eine wesentliche Rolle spielt, unsicher ist aber noch, an welchen Teilen des Darmkanals und durch welche Elemente die Aufnahme, event. die Ausscheidung zu stande kommt. — Die Verff. suchten diese Frage zu entscheiden durch systematische mikroskopische Untersuchung aller Darmpartien, der zugehörigen Mesenterialdrüsen, der Leber, Milz und Nieren, nachdem diese mit Schwefelammon vorbehandelt waren. Etwa vorhan-

denes Fe war dann als Schwefeleisen niedergeschlagen. Zur Orientirung wurden die Präparate auch frisch makroskopisch mit Schwefelammon untersucht.

An Eisenpräparaten wurden gegeben: Carniferrin, mit Käse verrieben, ebenso Eisenoxydhydrat, Ferratin, Ferrum hydricum. Das Futter enthielt von 4 pCt. bis zu 0,1 pCt. Fe. Versuchstiere waren hauptsächlich Mäuse. Die Resultate waren für alle Präparate positiv. Es fand sich eine starke mikrochemische Eisenreaktion zunächst in der Milz; hier ist sie auch in der Norm schon vorhanden. Ferner fand sich reichlich Fe in der Leber, nach Fe-Fütterung mehr als ohne solches. In den Nieren fand sich nur ausnahmsweise Fe, im Pankreas niemals. — Besonders wichtig sind die Befunde am Darm: Hier ist zunächst das Duodenum der Hauptsitz; feine Körnchen von Schwefeleisen liegen in den Epithelien, am reichlichsten zunächst dem Saume derselben. Oft ist auch das Stroma der Zotten, deren Epithelien Fe-Reaktion zeigen, grün gefärbt. Einige Tage nach Aussetzen der Eisennahrung verschwand das Fe aus dem Darm; von 5 Tieren, die ohne Fe gefüttert waren, zeigte nur eins die Anwesenheit von Fe in den Darmepithelien. Es sass übrigens in einem mit Eisenteilen versehenen Käfig.

Konstant enthält Fe dann der obere Dickdarm, und zwar liegt es in fixen oder Wanderzellen der Submukosa; auch der normale Dickdarm enthält Fe, doch in geringerer Menge. Eine etwas geringere Fe-Reaktion zeigte das Coecum; Dünndarm, Magen, Mesenterialdrüsen ergaben nur selten Gehalt an Eisen. — Die Teile, die reichlicher Fe führten, Dickdarm, Leber, Milz, gaben dies schon makroskopisch durch Grünfärbung zu erkennen.

Verf. deuten ihre Resultate so, dass sie für Milz und Leber eine Aufspeicherung des Fe annehmen. Durch das Duodenum findet Resorption von Fe statt, das dann in den centralen Zottenteil aus den Mesenterialdrüsen dringt, ähnlich wie es beim Fett der Fall ist. Das Duodenum muss eine besondere Verwandtschaft zum Eisen haben, vielleicht durch Galle und Pankreassaft bedingt. — Dickdarm und Coecum halten Verff. für die Ausscheidungsorte des Fe, das durch Leukocyten durch die Darmwand hindurchbefördert wird.

Verff. untersuchten dann noch in gleicher Weise zwei weisse Ratten, Hund, Kaninchen, Meerschweinchen, Frosch mit den ähnlichen Resultaten, mit Ausnahme des Hundes, bei dem der Fe-Befund fast negativ war.

A. Loewy.

H. Zeehuisen, Ueber die Anwesenheit der Verdauungsenzyme in Cystenflüssigkeiten und die diagnostische Bedeutung derselben. Centralbl. f. innere Med. 40/96.

Um die diagnostische Bedeutung einer operirten Abdominalcyste festzustellen, hat Z. das fermentative Vermögen der Cystenflüssigkeit geprüft. Eine Fermentwirkuung in Bezug auf Fettzersetzung übte sie nicht aus. Dagegen zeigte die Flüssigkeit, welche sich aus der nach der Operation zurückbleibenden Fistel entleerte, positives Ergebnis. Sie hatte fettspaltende Wirkung (geprüft an Olivenöl). Auch diastatische Wirkung war zu konstatiren, jedoch nicht stärker als die anderer pathologischer Flüssigkeiten. Eine tryptische Wirkung war zweifelhaft.

Verf. prüfte dann weiter die fermentativen Wirkungen normaler Harne, Trans- und Exsudate, Ovarialcysten und Hydramniosflüssigkeit. — Sie zeigten meist schwache diastatische Wirkungen, am meisten frischer, normaler Harn. Eiweissverdauende Wirkungen waren selten, fettspaltende nicht zu konstatiren. Aus seinen — mit den Angaben der Mehrzahl der früheren Autoren übereinstimmenden Ergebnissen — zieht Vf. den Schluss, dass man in der diagnostischen Verwertung vorhandener Verdauungsfermente vorsichtig sein müsse. Diastatische Wirkungen sind ohne Wert; tryptische und fettspaltende sprechen für das Vorhandensein einer Pankreascyste, Fehlen derselben nicht gegen eine solche. A. Loewy.

---

1) **J. Donath,** Zur Wirkung der Schilddrüse. Virchow's Arch. Bd. 144. Supplementheft S. 253.
2) **J. A. Notkin,** Zur Schilddrüsenphysiologie. Virchow's Arch. Bd. 144. Supplementheft S. 224.

1) Verf. hat die Wirkung frisch bereiteten Schilddrüsenglycerinextrakts aus Kalbs- und Schafsschilddrüsen auf Alkalinität des Blutes, die Zahl der roten Blutkörperchen und das Körpergewicht geprüft. Kleinere Gaben (0,05 g Schilddrüse pro kg) steigern Alkalinität, Zahl der Blutkörperchen und Körpergewicht; diese Steigerung hält in schwächerem Grade auch nach Aussetzen der Injektionen an. Grössere Gaben (0,10—0,13 g pro kg) bewirken Abnahme dieser 3 Faktoren, von der sich das Tier nach Aussetzen des Mittels wieder erholt. Von den mit 0,15 g behandelten Tieren gingen 4 in 16—26 Tagen zu Grunde. 1,0 g Schilddrüse pro kg tödtete von 7 Tieren 6 in 8—30 Tagen. Die Gewichtsabnahme erreicht trotz genügender Ernährung oft 30—40 pCt. des Körpergewichts. Kontrollversuche mit reinem Glycerin ergaben bei Dosen von 0,06 pro kg keine deutliche Wirkung, bei 0.15 g eine nach allen 3 Richtungen schädliche Wirkung, die jedoch geringer war als bei den entsprechenden Schildrüsenmengen; noch stärker ist der Unterschied zwischen Glycerin und Schilddrüsenextrakt bei 1,0 g.

Eine Steigerung der Körpertemperatur zeigte sich erst bei Injektion von 1,0 g Schilddrüsensubstanz pro kg von im Durchschnitt 1,5° C., während die gleiche Menge Glycerin fast wirkungslos war. Bei 0,1 Schilddrüse pro kg trat bereits Eiweiss mit Nierenformelementen auf; stets, selbst bei 1,0 pro kg, erwies sich das Glycerin von schwächerer Wirkung auf die Nieren. Die mikroskopische Untersuchung ergab aktive Hyperämie der Nieren, fettige Entartung des Epithels der Tubuli contorti, Schwellung der Glomeruli und mässige Vermehrung ihrer Kerne. Bei der Schilddrüsenbehandlung trat die parenchymatöse Degeneration in den Vordergrund, beim reinen Glycerin die hochgradige kapillare Hyperämie.

Gegenüber der Gegensätzlichkeit von Myxödem und Morbus Basedowii, die immer hervorgehoben wird, betont Verf. die vielen ähnlichen Züge, welche Athyreoidismus und Hyperthyreoidismus zeigen. Beide sind toxische Zustände mit Affektion des Centralnervensystems, der Leber und der Nieren; bei beiden findet sich Abnahme der roten und weissen Blutkörperchen, Albuminurie und Glykosurie.

2) Die akute thyreoprive Kachexie, diese auf Autointoxikation beruhende, der Tetanie am nächsten stehende Erkrankung, bildet sich bei Tieren nach Entfernung der Haupt- sowie sämmtlicher Nebenschilddrüsen aus. Dagegen hat die Thyreoidectomie bei Wiederkäuern, Einhufern und manchen anderen Tieren nur myxödemartige Erscheinungen im Gefolge, weil funktionsfähige accessorische Schilddrüsen erhalten bleiben. Auch beim Menschen ist das Myxödem als die Folge nicht gänzlichen Ausfalls aller Schilddrüsenfunktion zu betrachten; bei der akuten thyreopriven Kachexie ist das Myxödem als Ingredienz mit einbegriffen. Es ist wahrscheinlich, dass die thyreoprive Kachexie aus 2 auf verschiedener Pathogenese beruhenden Krankheiten besteht, der chronischen Tetanie und dem chronischen Myxödem. Bei gemeinsamem akuten Auftreten verdecken die Symptome der Tetanie die des Myxödems.

Die spezifischen Kachexiegifte sind im Blut thyreoidektomirter Hunde vorhanden; trotzdem verursacht die Transfusion des Bluts eines an Kachexie leidenden Tiers bei einem frisch thyreoidektomirten nur vorübergehende Krankheitssymptome. Der Grund dafür liegt weder im Entgiften noch in der Zersetzlichkeit der specifischen Gifte; wahrscheinlich ist das das Myxödem verursachende Gift in dem transfundirten Blut nur schwach enthalten. Dieses Gift glaubt Verf. im Thyreoproteid dargestellt zu haben. Ueber die Gewinnung desselben aus frischen Schilddrüsen muss im Original nachgelesen werden. Jod ist kein Ingredienz des Thyreoproteids; durch wiederholtes Auflösen in Aqu. dest. und Ausfällen mit Ammonsulfat wird es völlig jodfrei. Eine wässrige Lösung von Thyreoproteid wird durch Kohlensäure fast gar nicht gefällt; auch Sättigung mit Kochsalz fällt es nicht. Es gerinnt bei 58° C. Verf. giebt noch einige andere Eigenschaften an.

Was die physiologische Wirkung betrifft, so gehen thyreoidektomirte Tiere nach Einverleibung grösserer Thyreoproteiddosen unter Erscheinungen allgemeiner Paralyse zu Grunde. Unter gewissen Umständen kann das Thyreoproteid das ganze Bild der akuten Kachexie hervorrufen. Das Thyreoproteid, das den grössten Teil des Kolloids der Schilddrüse ausmacht, ist kein Schilddrüsensekret; es muss als ein Produkt des allgemeinen Stoffumsatzes betrachtet werden, das zu gleicher Zeit Kropf und Myxödem verursachen kann.

Die Schilddrüse hat nach Ansicht des Verf. 2 Funktionen. Die eine besteht in der Lieferung des Thyreoantitoxins, welches im Blute direkt, in der Norm aber wahrscheinlich nur in den Schilddrüsenalveolen auf die Tetanie-Toxine einwirkt und sie entgiftet. Die zweite Funktion der Schilddrüse besteht in Sammlung des giftigen Eiweissprodukts des allgemeinen Stoffumsatzes — des Thyreoproteids — aus dem Blute, das durch ein ihr eigenes Enzym in seine Bestandteile gespalten wird, wobei der Eiweisskomponent sich mit dem Thyrojodin vereinigt. Das Thyreoproteid wird so entgiftet und in einen für gewisse Organe wichtigen Stoff umgewandelt.

M. Röthmann.

Wieland, Beitrag zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter mit Jodoforminjektionen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLI. S. 341.

Im Baseler Kinderspital, in welchem seit 5—6 Jahren die meisten, seit 1895 aber alle Fälle chirurgischer Tuberkulose mit nur wenigen Ausnahmen durch Jodoforminjektionen behandelt werden, wurde fast ausschliesslich 10 pCt. (anfangs 20 pCt.) starke sterile Jodoformglycerinemulsion gebraucht; erst in jüngster Zeit benutzt man der sicheren Sterilisirung halber Jodoformolivenölemulsion von 10 pCt. Senkungsabscesse werden mit der DIEULAFOY'schen oder KATSCH'schen Spritze punktirt, dann mit 4proc. starker Borlösung ausgewaschen und endlich mit 20—50 ccm Jodoformemulsion injicirt. Diese Therapie wird bei Wiederanfüllung des Abscesses wiederholt. Unter Zuhülfenahme absoluter Ruhe und Kompression kann man so fast immer die Resektion vermeiden und hat bei strenger Antisepsis selbst die Entstehung einer Fistel aus einer Punktionsöffnung keine Nachteile. Anders ist dieses bei mangelnder Reinlichkeit, Umhergehen, zu lange liegenden Verbänden; hier kommt es zur Sekundärinfektion mit Eiterfieber. Bei Unmöglichkeit einer rein konservativen Behandlung, d. h. in der Mehrzahl der Fälle, ist die Jodoforminjektion erst nach Entfernung der nekrotischen und kariösen Teile entweder direkt in die granulirende Wunde oder Fistel oder in deren Umgebung zu machen. Was die einzelnen auf diese Weise seit 1888 erzielten Ergebnisse betrifft, so wurde in 21 Fällen von Senkungsabscess 16mal durch Jodoforminjektion völlige Heilung, unter diesen in 11 nach einmaliger Injektion erzielt; 4 Pat. entzogen sich unvorzeitig der Behandlung; ein wirklicher Misserfolg hatte in 1 Fall statt. Von 14 der Geheilten liegen weitere Nachrichten vor; 8 blieben dauernd gesund, bei 1 wurde dieses Resultat erst nach Spaltung des wieder gefüllten Abscesses erreicht und 4 vorgeschrittenere Fälle erlagen 1—2 Jahr später den verschiedensten Folgezuständen. In 1 Falle endlich erforderte eine nachträgliche Fistel noch eine kurze poliklinische Nachbehandlung. — Von 12 tuberkulösen Gelenkaffektionen, darunter 8 des Knie (incl. eines Falles gleichzeitiger Mittelfusstuberkulose und 4 die Hüfte betreffend) wurden geheilt 9, nämlich 7 Gonitiden und 2 Coxitiden; gebessert wurden 2, der Behandlung entzog sich 1. In 9 weiteren hierhergehörigen Fällen vorgeschrittener mit ausgebreiteter Abscedirung einhergehender Knochenerkrankung nahm 5mal (3mal bei Coxitis, je 1mal bei Gonitis und Spondylitis) die Krankheit einen ungünstigen sogar letalen Verlauf, in den übrigen 4 Fällen kam es nach breiter Spaltung der tuberkulösen Abscesse bei offener Wundbehandlung oder Schluss durch Naht zur Heilung. In allen übrigen Fällen kamen die Jodoforminjektionen erst nach vorgängigen operativen Eingriffen zur Anwendung. Von diesen 5 Entzündungen grösserer Gelenke, 4 parartikuläre Abscesse, 6 Mittelfusserkrankungen, 8 multiple Spina ventosa und 10 multipel lokalisirte Knochentuberkulose betreffenden Fällen wurden geheilt 25, gebessert 2, es starb 1. Leider liess sich von den Geheilten nur bei sehr wenigen das weitere Schicksal verfolgen. Ueberhaupt konnte letzteres bei einer Gesammtsumme von 70 Fällen mit 54 Heilungen und 9 Besserungen nur bei 38 geschehen. Es ergaben sich dabei 26 definitive Heilungen, 2 Recidive und 6 Todes-

Digitized by Google

fälle (darunter 5 an anderweitiger Tuberkulose) bei 34 Geheilten und 3 Lokalrecidive bei 4 Gebesserten. Die funktionellen Ergebnisse hingen in der Regel von der Oertlichkeit der Tuberknlose nnd von der Grösse des etwaigen operativen Eingriffes ab, am besten waren sie bei Spondylitis. Nur einmal kam es zu schweren akuten Vergiftungserscheinungen nach Injektion einer zu grossen Menge einer 20 pCt. starken Lösung, dagegen entwickelte sich bei 4, darnnter bei 2 mit schon früherer Erkrankung der Nieren, eine ernste Schädigung dieser, nnabhängig von der Menge des gebrauchten Jodoforms. P. Güterbock.

Hildebrand, Experimenteller Beitrag zur Lehre von den freien Gelenkkörpern. (Aus der Göttinger chirurgischen Klinik.) Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLII. S. 292.

Verf. experimentierte an Ziegenböcken derart, dass er ein Gelenk öffnete, aus der Gelenkfläche Scheiben schnitt, welche teils Knorpel nnd Knochen enthielten, diese im Gelenk liess und dann das Gelenk wieder zunähte. In 6 Gelenken wurden auf solche Weise 9 freie Gelenkkörper erreicht, von diesen Körpern waren nach 8 Monaten 2, 3 nach 7 Monaten verschwunden. Einer fand sich nach 6 Monaten mit der Kapsel dnrch eine zarte Haut verwachsen, 3 ebenso nach $2^1/_2$ Monaten. Sie bestanden im Wesentlichen ans hyalinem Knorpel und nur etwas Knochen und waren von einer dünneren, am Stiele dickeren Bindegewebshant nmringt. Genauere Untersuchung zeigte, dass hier Knochenneubildung und Knochenaufsaugung genau in derselben Form wie an anderen Stellen stattfand. — In einer zweiten Versuchsreihe erzeugte Verf. in 4 Gelenken 6 gestielte Gelenkkörperchen. Dieselben waren nach $6^1/_2$ bezw. 7 Monaten völlig verschwunden. Verf. schliesst hieraus, dass freie Gelenkkörper nur dann erhalten bleiben, wenn sie eine Verklebung mit der Kapsel eingehen. Diesen Versuchsergebnissen gegenüber bleibt es eine offene Frage, warum die thatsächlich vorkommenden freien Knorpelkörper doch ernährt werden und weiter bestehen. Verf. erklärt dies dadnrch, dass im Gegensatz zu den Versuchsprodukten ein ganz allmählicher Uebergang von den Lebensbedingungen eines gestielten zu denen eines freien Gelenkkörperchens stattfindet. Gewebsneubildung, also auch die von Knochen, findet dabei immer aussen, nicht innen statt, doch ist die Frage dieser Neubildung bei den von einer bindegewebigen Kapsel umhüllten Gelenkkörperchen noch nicht zweifelfrei entschieden.

P. Güterbock.

Morf, Ein Fall von otitischen Hirnabscessen im Hinterhanptslappen. Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. 29. S. 191.

Bei einem 56jährigen Manne entwickelte sich im Anschlnss an eine rechtsseitige akute Mittelohrentzündnng ohne Perforation des Trommelfelles und ohne Eiterbildung in der Paukenhöhle selbst ein Abscess über dem Proc. mastoid. Bei der Operation fand sich im Antrum kein Eiter. Einige Monate nach der Operation traten Erscheinungen auf: Kopfschmerzen, Neuritis optica, Lähmung des linken Beines und der nnteren Aeste des linken N. facialis, linksseitige Hemianästhesie, welche auf das Vorhandensein eines Hirnabscesses hindeuteten, dessen Sitz im rechten Schläfenlappen

vermutet wurde. Die vorgeschlagene Operation wurde verweigert und Pat. ging bald zu Grunde. Die Obduktion ergab zwei Abscesse im rechten Occipitallappen, $2^1/_2$ cm hinter dem Knie des Sinus transversus dext.: unter der verfärbten und verdickten Partie der Dura liegt ein 2—3 qucm grosser, $^1/_2$ cm tiefer, ovaler, mit Granulationen erfüllter Knocbendefekt, welcber die Linea transversa nach oben nicht überschreitet nnd über welcben der Sinus nnversebrt binwegführt. Der Defekt communicirt mit einer mit Granulationen erfüllten Zelle im Proc. mast. Eiter findet sich in derselben nicht, ebensowenig in der Paukenböhle. Nach den topographischen Verhältnissen hätte man, da der Krankheitsberd am Knochen unterhalb der Linea transversa lag, den Abscess im Kleinbirn erwarten sollen; dass derselbe nichtsdestoweniger im Hinterbauptslappen sicb fand, glaubt Verfasser damit erklären zu sollen, dass die verdickte Dura dem Kleinhirn vor einer Infektion Schutz gewährte, wäbrend sie eine Propagation der Eiterung nach innen nnd oben, in den Occipitallappen binein, nicht genügenden Widerstand zu leisten vermochte. Bezüglich der im Leben gestellten Diagnose auf Scbläfenlappenabscess bemerkt Verf., dass er sich wohl bewusst war, dass die betreffenden Herdsymptome als der Ausdrnck einer Fernwirkung des Abscesses auf die innere Kapsel angesehen werden müssen und aucb ein Occipitallappenabscess eine solche Wirkung auszuüben im stande sei, dass aber das Fehlen von Hemiopie immer wieder das Augenmerk auf den Schläfenlappen leitete. Schwabach.

Abbe, Ein Fall von Carotisblutung bei Nekrose des Mittelohrs: Operationen. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 29. S. 222.

Der Fall betrifft ein $2^1/_2$jähriges Kind, das seit einem Jahre an stinkender Otorrhoe litt. Obne nachweisbare Veranlassung trat plötzlich profuse Blutung aus dem kranken Ohre ein, die Verf. auf Erosion des Sinus lateralis, bedingt durcb Nekrose des Schläfenbeines, zurückführen zu müssen glaubt. Es wurde deshalb die V. jugularis unterbunden, der Sinus eröffnet und tamponirt. Tod nach zwei Tagen. Bei der Obduktion fand sicb die Carotis durch einen septischen Tbrombus verlegt, der augenscheinlich einen Embolus in die mittlere Cerebralarterie entsendet und die Veranlassung zur Bildung eines mit Nekrose des Hirngewebes endigenden Abscesses abgegeben hatte. In der Paukenhöhle ein kleiner Sequester, anscheinend ein Teil der Schnecke, in Berührung mit einer Erosion am Knie der Carotis, ungefähr ein Drittel ihres Umfanges einnehmend. Scbwabacb.

Kellock, Intubation versus tracheotomy in diphtberia. Tbe Lancet 1896, Oct. 3.

In Verbindung mit der Seruminjektion hält Verf. die Intubation für vorteilhafter als die Tracheotomie, da sie einmal leichter und mit weniger Assistenz vollzogen werden kann, keines Anästhetikums bedarf, die Tube früber entfernt werden kann, die Patienten nicht nötig haben, sicb fortwäbrend in erwärmter und feucht gehaltener Luft aufzuhalten, und endlich angewendet werden kann, wenn die „schneidende Operation“ nicbt ge-

stattet wird. Allerdings kann sich Vf. nur auf 5 intubirte Fälle beziehen; in einem Fall wurde tracheotomirt; es fanden sich ausgedehnte Membranen in der Trachea und den Bronchien mit gangränöser Lungenentzündung.

W. Lublinski.

Maragliano, Das antituberkulöse Heilserum und dessen Antitoxin. Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 35.

Verf. hat ein Heilserum gegen Tuberkulose dargestellt, dessen Wirkung auf tuberkulös gemachte Thiere er später veröffentlichen wird. Um bei Tieren die Bildung von Antitoxinen gegen Tuberkulose hervorzurufen, hat er dieselben mit allen toxischen Stoffen behandelt, mit den Proteïnen oder Tuberculinen und den Toxalbuminen. Die Tuberkuline gewann er, indem er im Wasserbade von 100° C. innerhalb 3—4 Tagen eine Concentration der Cultur eintreten liess. Die Toxalbumine wurden so gewonnen, dass die Kulturen bei Zimmertemperatur durch Chamberlandfilter passierten oder im Vacuum unter 30° C. eingeengt wurden. Durch diese Methode erhält M. allerdings die Toxalbumine nicht rein, sondern sie waren stets mit Proteïnen gemischt. Die Toxalbumine sind in ihrer Wirkung verschieden von den Proteïnen, während diese fiebererregend wirken, setzen jene bei tuberkulösen Menschen und Meerschweinchen unter Schweissausbruch die Temperatur herab, in genügender Dosis angewandt, töten sie Meerschweinchen unter Collapserscheinung. Da nicht alle Kulturen die gleiche Menge von wirksamen Bestandteilen gehen, so versuchte M. ein Mass für die wirksamen Substanzen zu finden. Als toxische Einheit erklärt er eine Quantität, welche fähig ist, dasselbe Gewicht von gesundem Meerschweinchen zu tödten. Er nahm gesunde Meerschweinchen zum Ausgangspunkte, weil bei dem chronischen Verlauf der Tuberkulose nie zwei gleich stark erkrankte Tiere mit Sicherheit nachgewiesen werden können und die Wirkung je nach dem Grade der Entwickelung der tuberkulösen Erkrankung verschieden ist. Für die Injektionen gebraucht M. 3 Teile Tuberkulin und 1 Teil Toxalbumin, gewöhnlich betrug die Anfangsdosis 2 mg pro Kilo Tier und stieg auf 40—50 mg, indem an jedem Tag gestiegen und dann die Maximalquantität längere Zeit injiciert wurde. Nach etwa sechs Monaten tritt bei so behandelten Thieren Immunität ein, sie vertragen dann grosse Quantitäten von Tuberkulinen und Toxalbuminen ohne Reaktion, ebenso die Injektion virulenter Kulturen, welche bei Kontrolltieren Tuberkulose hervorrufen. Das Blutserum solcher immunisierten Tiere besitzt spezifische antitoxische Substanzen gegen die Tuberkulose. So kann man durch Injektion dieses Serums gesunde und tuberkulöse Meerschweinchen gegen die Folgen einer toxischen Dosis von tuberkulösem Proteïn schützen. Neben dieser antitoxischen Wirkung besteht eine baktericide Wirkung dem Tuberkelbacillus gegenüber, und zwar auch, wenn das Serum für mehrere Stunden bei 55—60° C. gehalten ist, so dass die dem Blute selbst zuzurechnenden bakterienschädigenden Stoffe (die Lysine) vernichtet sind. Die Dosierung dieses Serums wird mittelst Tuberkulin festgesetzt, und als Einheit ist die Dosis von Antitoxin genommen, welche eine Quantität gesundes Meerschweinchen, die ihrem Gewichte gleich ist, vor der Dosis letalis minima von Tuberkulin zu schützen vermag. Das Serum, mit welchem M.

Digitized by Google

bisher gearbeitet hat, besass 1000 Antitoxineinheiten, jedoch ist es ihm gelungen, auch noch höherwertiges Serum herzustellen. Eine Veröffentlichung der Heilresultate mit diesem Serum stellt M. in Aussicht.

H. Bischoff.

W. Hirschlaff, Zur Kenntniss der Pyonephrose in bakteriologischer Beziehung. Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 24.

In dem Eiter, der durch Probepunktion gewonnen war, fand H. Stäbchen in Reinkultur. Es waren in der Kultur auf Agar oder Gelatine kurze, dicke und bewegliche Stäbchen mit abgerundeten Enden, am häufigsten fand sich Gruppirung zu zweien. Sie färbten sich leicht mit Anilinfarbstoffen, nach GRAM trat Entfärbung ein. Auf Gelatine zeigen die oberflächlichen Kolonien ebenso starkes Flächen- wie Höhenwachstum, bei den in der Tiefe liegenden Kolonien sind Gasbläschen wahrzunehmen. Auf Kartoffel entfaltet sich nach ca. 30 Stunden ein dicker, schmutzig-weisser, rahmartig zerfliessender Belag von feuchtem Glanze, am Rande überall Gasblasen zeigend. Bouillon wird gleichmässig getrübt, nach einigen Tagen zeigt sich geringer schleimartiger Bodensatz. Häutchen- oder Ringbildung an der Oberfläche der Bouillon wurde nicht beobachtet. Trauben- und Milchzuckerbouillon wurden stark vergährt. Die Gasentwickelung dauerte bei beiden nur etwa 30 Stunden, hörte dann auf, begann aber von neuem nach Neutralisirung der gebildeten Säure durch Alkalizusatz. Bei Impfung sterilisierter Hühnereier entwickelte sich im Ei nach 24 Stunden reichlich Gas, nach 48 Stunden erhob sich eine fast pflaumengrosse Gasblase, wenn das Ei unter Wasser geöffnet wurde. Der gefundene Bacillus stimmt in allen Punkten mit dem von HEYSE als Erreger von Pneumaturie gefundenen Gasbildner überein, beide sind identisch dem Bacterium lactis aerogenes ESCHERICH's. Ob dieser Bacillus bei seiner Unbeweglichkeit und der stürmischen Vergährung von Milchzuckerbacillen auch zu der Koligruppe gezählt werden muss, lässt H. unentschieden.

H. Bischoff.

R. Oestreich, Operative Heilung eines Falles von Morbus Addisonii. Zeitschrift f. klin. Med. XXXI. H. 1 u. 2.

Eine 55jährige kachektische und abgemagerte Frau, die an allmählich sich steigernder extremer Muskelschwäche und Kraftlosigkeit, sowie an Magenschmerzen litt, übrigens keine Broncefärbung erkennen liess, zeigte einen in der Magengegend, direkt an der Wirbelsäule belegenen, ca. kleinapfelgrossen, verschieblichen, druckempfindlichen Tumor. Bei der durch Dr. HADRA vermittelst Laparotomie vorgenommenen Operation fand sich die Geschwulst auf und links von der Aorta sitzend und mit letzterer lebhaft pulsirend; bei der ziemlich leicht erfolgenden Ausschälung des Tumors aus seiner Bindegewebshülle fanden sich keine Beziehungen desselben zu Nachbarorganen (Niere, Pankreas). Ungestörte Rekonvalescenz unter Zunahme des Körpergewichtes und Verschwinden sämmtlicher Beschwerden. Verf. erkannte das Präparat bei makro- und mikroskopischer Untersuchung als tuberkulöse Nebennieren. Dass es sich im vorliegenden Falle um Morb. Addisonii handelte, schliesst er aus den charakteristischen Symptomen (Cachexie, hochgradige Muskelschwäche, gastrointestinale Störungen, heftige

Schmerzen in der Magen- und Kreuzgegend); dem Mangel der Broncefärbung ist — wie die Litteratur ergiebt — keine entscheidende Bedeutung beizulegen, namentlich in den initialen Stadien der Erkrankung. Im vorliegenden Falle ist also die Addison'sche Krankheit durch die Exstirpation der tuberkulösen Nebennieren geheilt worden. Verf. schlägt vor, wenn in Zukunft nach genauester Berücksichtigung aller diagnostischen Momente zur Operation geschritten werden sollte, beide Nebennieren bloszzulegen, ihre Beschaffenheit durch Besichtigung festzustellen und die erkrankte resp. beide zu exstirpiren. Perl.

E. Leyden, Ein Fall von ulceröser Endocarditis (vielleicht auf ein Trauma zurückzuführen). Charité-Annalen 1895, S. 99.

Es handelte sich in diesem Falle um einen 51jährigen Mann, bei dem die Sektion das Vorhandensein einer ulcerösen Endocarditis ergab, ohne dass intra vitam die für diese Erkrankung charakteristischen Symptome sich bemerkbar gemacht hatten. Es fehlten sowohl Erscheinungen von Seiten des Herzens, als auch die Zeichen einer latenten Sepsis; das einzig Auffallende waren Petechien auf der Haut. Aus der erst nachträglich festzustellenden Anamnese ergab sich, dass Pat. vor ca. vier Monaten in einem Anfall von Bewusstlosigkeit mit der linken Brustseite gegen eine eiserne Stange gestürzt war und dass etwa 4 Wochen nach dem Unfall jeden Tag heftiger Frost und Blutflecken am Körper auftraten; nach vierwöchentlichem Bestehen hörten die Frostanfälle auf. Da es eine Reihe von Infektionskrankheiten giebt, für welche die Möglichkeit einer Entstehung durch Trauma allgemeinein angenommen wird (z. B. Kontusionspneumonie, traumatische Phthise, Knochentuberkulose, Osteomyelitis), so ist auch hier, zumal wenn man das Fehlen anderer Ursachen und das zeitliche Zusammentreffen von Unfall und Beginn der Endocarditis ins Auge fasst, die Frage nicht von der Hand zu weisen, ob diese Endocarditis ulcerosa traumatischen Ursprungs sein könnte. Bemerkt sei noch, dass die bakteriologische Untersuchung der endocarditischen Vegetationen das Vorhandensein von Staphylokokken ergab. K. Kronthal.

E. Peiper und **S. Schnaase,** Ueber Albuminurie nach der Schutzpockenimpfung. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 4.

Perl hat zuerst durch einen von ihm mitgeteilten Fall die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit des Zusammenhangs einer Nephritis mit der Schutzpockenimpfung gelenkt. Doch ist in Perl's Fall der Zusammenhang nicht sicher erwiesen, da nicht festgestellt ist, dass das Kind vor der Impfung völlig gesund war. Ausgedehntere Urinuntersuchungen bei Erstimpflingen hat Falkenheim angestellt; er fand öfters nach der Impfung vorübergehende Albuminurie leichten Grades, konnte aber bei keinem Kinde eine auf die Vaccination zurückzuführende Nephritis nachweisen.

Verfasser hat bei Erstimpflingen den Harn am 1., 3., 7. und 10. Tage der Impfung auf Eiweiss untersucht. Er fand in 9 Fällen, die 7 Kinder betrafen, minimale Albuminurie, niemals Nephritis. Unter 54 Wiederimpfungen wurden 10 Fälle geringer Albuminurie konstatirt. Mehrere

dieser Revaccinanden litten an Lymphadenitiden, sonst war das Allgemeinbefinden bei der Albuminurie nicht gestört. Jedenfalls liegt kein Grund vor, der vaccinalen Albuminurie eine besondere Bedeutung beizulegen.

Stadthagen.

Naunyn, Ein Fall von Lebercirrhose bei einem 25jährigen Manne. Wien. klin. Rundschau 1896, No. 1.

Der zur Zeit 25 Jahre alte Kranke, ein Schlosser, der früher täglich etwa 6 Liter Bier zu trinken pflegte, zeigt alle typischen Erscheinungen der Lebercirrhose in ihrem vorgeschrittenen Stadium. Die besonderen Eigentümlichkeiten liegen einmal in der Jugend des Kranken. Die Affektion begann bei demselben bereits in seinem 23. Lebensjahre. Ferner ist erwähnenswert die Entwicklung eines collateralen Kreislaufes, durch welchen es zur zeitweiligen Rückbildung der Ascites kam. Aber in der an und für sich günstigen Entwicklung eines solchen collateralen Kreislaufes liegt auch eine nicht unbedeutende Gefahr für das Leben des betreffenden Kranken. Und zwar beruht diese Gefahr auf der selten ausbleibenden Hämatemesis, die auf einer varicösen Erweiterung der Venen in der Speiseröhre, sowie an der Cardia beruht. Unter der verdauenden Wirkung des Magensaftes kann es leicht zur Berstung eines solchen varicösen Knotens und mithin zu einer profusen Blutung kommen, die eventuell sofort zum Tode führt. Dagegen können auch mehrere solcher abundanten Blutungen hintereinander glücklich überstanden werden. Auch in dem vorliegenden Falle wurde dieses beobachtet. In seltenen Fällen kann es auch zur Berstung eines Knotens der Collateralen im Nabelgebiete kommen. Einen solchen Fall sah Verf., der nach zweimaliger Blutung den letalen Exitus herbeiführte.

C. Rosenthal.

Th. Hubbard, Unilateral paralysis of the spinal accessory of nerve caused by exposure to cold associated with motor paralysis of the vagus. Med. News 1896, Oct. 31.

Nach einer heftigen Erkältung empfand ein 40jähriger Mann Schmerzen in der rechten Schläfengegend und Schwäche des rechten Arms: der Kopf hatte die Neigung, nach links hinüber zu sinken. Die Zunge wich beim Herausstrecken nach rechts ab. Die Uvula war nach links gezogen, ihre rechte Hälfte glatt, die linke kontrahirt. Es bestand eine Lähmung der rechtsseitigen Schlundmuskulatur und des rechten Stimmbandes: ausserdem Husten und inspiratorischer Stridor. Der rechte M. trapezius und sternocleidomastoidens waren paretisch (keine elektrische Untersuchung). Schlucken war erschwert, die Bissen blieben in der unteren Schlundpartie stecken. Pulsfrequenz oft nur 50 Schläge in der Minute, bei Erregungen bis zu 95 steigend. Häufiges Verschlucken: bei jedem Schluckversuch wurde der Kopf nach links hin geneigt. Allmähliche langsame Besserung innerhalb 6—8 Wochen, nur die rechtsseitige Stimmbandlähmung blieb bestehen.

Bernhardt.

E. Grawitz, Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis der Drucklähmungen des Rückenmarks. Charité-Annalen 1895. 20. Jahrg.

G. berichtet über 16 einschlägige Fälle aus der Gerhardt'schen Klinik. In dreien davon handelte es sich anscheinend um eine traumatische, einfache, nicht spezifische Spondylitis mit günstigem Verlauf (rareficirende Ostitis mit Gibbusbildung). — In vielen Fällen, wo ein Trauma als Ursache der Wirbelerkrankung angegeben wird, liegt Tuberkulose der Wirbelkörper vor, und zwar kann, wie ein Fall des Verf.'s lehrt, eine weit ausgedehnte tuberkulös cariöse Zerstörung mehrerer Wirbel mitunter latent ohne besondere Beschwerden auftreten. Bei den 16 beobachteten Fällen war am häufigsten der untere Teil der Brustwirbelsäule erkrankt; die Mehrzahl der Fälle betraf Caries tuberculosa. In einem ausführlich beschriebenen derartigen Falle gingen als Initialerscheinungen Schmerzen neuralgiformer Natur der Kompressionslähmung voraus, wie es häufig der Fall ist, wenn die sensiblen Wurzeln bei ihrem Durchtritt komprimirt werden. Der Verlauf war ein sehr protrahirter, bis eine allgemeine Tuberkulose zu einer tuberkulösen Arachnitis und Erweichung des Rückenmarks an der Kompressionsstelle führte. Die Sektion erwies hier eine absteigende Degeneration der Pyramidenstränge und eine aufsteigende der Goll'schen und der Kleinhirnseitenstrangbahn. Ausser diesem Falle verliefen drei andere tödlich, zwei an Tuberkulose, einer an der traumatischen Form der rarefizirenden Spondylitis. Bei den übrigen 12 Kranken wurden zum Teil sehr günstige Erfolge erzielt, so dass drei fast völlig geheilt, 9 gebessert entlassen werden konnten. Günstige äussere Bedingungen, Geduld, möglichst absolut ruhige Horizontallage führen oft zu erfreulichen Erfolgen trotz schwerer Kompressionserscheinungen, von denen hervorgehoben werden: schlaffe Lähmung der Muskeln, Muskelrigidität, klonische schmerzhafte Zuckungen, Kontrakturen, Ataxie, Blasen- und Mastdarmlähmung, sensible Störungen, Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule, Steigerung der Sehnenreflexe, Neigung zum Decubitus, lokale Hyperhidrose, Trockenheit der Haut, Erytheme. — Therapeutisch kommen neben ruhiger Horizontallage, mässiger Extension am Kopf bei Spondylitiden im Cervicalteil, Roborantien, sorgfältige Körperpflege, Stützcorsetts, orthopädische Behandlung, Bäder, Massage etc. in Betracht. S. Kalischer.

J. Collins, Tumor of the aqueduct of SYLVIUS. Americ. journ. of the med. scienc. 1895, Oct.

Ein 18jähriger junger Mann hatte bereits 2 Jahre zuvor Eingenommenheit des Kopfes und das Gefühl von Mattigkeit und Schläfrigkeit; dann zeigten sich Schwindelanfälle und Kopfschmerzen. 4 Monate vor der jetzigen Untersuchung wurde der Kopfschmerz heftiger, der Gang wurde schwankend und er litt an heftigem Nasenbluten. Oktober 1894 wies er folgende Symptome auf: Apathie, Benommenheit, taumelnden, schwankenden Gang, Attacken von heftigem Kopfschmerz u. s. w. Die Pupillen reagirten gut, der Augenhintergrund war normal, die Patellarreflexe schwach, doch vorhanden. Krampf- oder Lähmungserscheinungen waren nicht vorhanden. Der Kranke starb im November ziemlich plötzlich. Die Sektion zeigte neben einem Hydrocephalus internus einen Tumor, der den Aqnaeductus

Sylvii und den 4. Ventrikel einnahm und beträchtlich erweiterte; mikroskopisch erwies derselbe sich als ein Rundzellensarkom.

S. Kaliscber.

K. Ullmann, Ueber einen Fall von multipler eruptiver Angiombildung im Gesicht. (Aus der Abteil. des Prof. v. Hebra an der allgem. Poliklinik in Wien). Arcb. f. Dermat. u. Sypb. XXXV. S. 195.

Bei einer 40jährigen Frau fand sich im Gesicht eine Anzahl hanfkorn- bis kleinerbsengrosser blauschwarzer Geschwülstchen, die sich während der nächsten Jabre durcb zeitweise auftretende Nachschübe ausserordentlich vermehrten. Die kleinen Tumoren begannen als einfacbe Gefässektasien, die später feine Gefässreiserchen in die Umgebung aussandten und im Laufe einiger Monate zu halbkugeligen, dunkelrothen bis scbwarzblauen elastischen und etwas eindrückbaren Geschwülsten wurden. Ihr Wachstum war ein beschränktes und ihre Grösse blieb stets unter der einer Haselnuss. Hatten sie etwa die Grösse einer Erbse erreicht, so pflegte sich ihr Aussehen in der Weise zu ändern, dass sie, in ihrem kleineren oberen Abschnitte opak durchscheinend, bisweilen sogar völlig durchsicbtig wurden und einen gelatinösen Inbalt bekamen, während die untere Partie dunkelbraunrot bis schwarz erschien und beim Anstecben, wie die kleineren Geschwülste, flüssiges Blut austreten liess. Ein Theil der entstellenden und bei Verletzungen leicht blutenden, sonst aber gutartigen Tumoren wurde mit dem Paquelin zerstört, einige wurden exstirpirt und erwiesen sich, wie schon makroskopisch zu erkennen war, als in die Cutis eingelagerte cavernöse Angiome.

H. Müller.

Lukasiewicz, Ueber das an der Mundschleimbaut isolirt vorkommende Erythema exsudativum multiforme. Wien. klin. Wocbenschr. 1896. No. 23.

Bei zwei soweit gesunden Männern waren unter geringem Fieber auf der Scbleimhaut der Lippen, der Wangen und des Zahnfleisches oberflächlicbe, birsekorn- bis erbengrosse, graulich belegte und leicht blutende Substanzverluste mit gerötetem Rande entstanden. Ferner fanden sich bei beiden Patienten am weicben und bei dem einen, auf diffusen roten Flecken, auch am harten Gaumen kleine kreisförmig angeordnete Bläschen und unregelmässige Erosionen mit leichten Belägen. Die Affektion hatte grosse Aehnlicbkeit mit den Eruptionen, welche bisweilen neben einem Erytbema exsudativum multiforme der äusseren Haut auf der Mundschleimbaut vorkommen. Dass es sicb in der That um ein solcbes Erytbem handelte, wurde um so gewisser, als bei zwei anderen Personen mit den gleichen Erscheinungen im Munde nachträglicb typische, wenn auch sebr spärlicbe Herde an den Extremitäten auftraten. — Wahrscheinlich werden solche isolierte Erytheme der Scbleimhaut häufig unter andere Krankbeitsformen (Herpes) eingereibt.

H. Müller.

Lejars, Un fait d'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne traitée par l'incision iscbio-rectale et la décortication de la poche. Ann. de gynéc. et d'obstétr. Tome XLIV. Déc. 1895.

Verf. bericbtet über eine grosse Blutcyste, welche die ganze rechte

Beckenhälfte einnahm. Nach oben reichte sie bis an die Beckenschaufel, nach unten stülpte sie die Haut in der Gegend des Cavum ischio-rectale faustgross nach aussen vor. Der Uterus und die Adnexe waren nach oben und nach der linken Seite verlagert. Durch einen 10 cm langen Schnitt über dem Cavum ischio-rectale wurde die Cyste freigelegt, über ein Liter chokoladenfarbigen Blutes entleert und dann die an einzelnen Stellen centimeterdicke Wand abpräpariert. Die Heilung wurde nur durch eine kleine Rectalfistel verzögert. A. Martin.

M. S. Pozzi, Sur des mémoires de M. M. DURET et FOURMEAUX (de Lille) concernant les injections massives de sérum artificiel dans les septicémies opératives et puerpérales. Bull. de l'acad. méd. 1896. No. 26. juin 30.

Verf. resumiert die Anwendung von Seruminjektionen. Angewandt wurden sie 1. bei Sepsis nach Operationen, 2. bei puerperaler Sepsis, 3. bei traumatischem Shock, 4. bei Blutverlusten. Die Art der subkutanen im Gegensatz zur intravenösen Injektion ist harmloser und bequemer. Es können bis zu 1600 g auf einmal, bis zu 10 Liter in 5 Tagen eingeführt werden. Fest steht, dass die arterielle Spannung wächst, ebenso die Nierensekretion steigt. Unter Serum artificiel wird die physiologische 0,6 proc. Kochsalzlösung verstanden. Nach eingehender Besprechung der Arten der Anwendung, der intravenösen, intraarteriellen, intraperitonealen, erweist sich die subkutane als praktischste, in allen Fällen anwendbarste und hat in Deutschland, Russland und Frankreich festen Boden gefasst. Auch Verf. bedient sich mit Erfolg seit Jahren derselben. Er wendet eine 20 g fassende Spritze an und spritzt 200—250 g unter die Haut der Claviculargegend, des Abdomens oder Oberschenkels ein und verteilt den entstandenen Buckel durch Massage. Die subkutanen Serum- resp. Kochsalzinfusionen bei Sepsis sind jüngeren Datums als die bei Blutungen. SAHLI in Bern hatte die erste Idee bei Fällen von Urämie und Typhus, weitere Anwendung fand sie bald gegen Cholera von HAGEN und Anderen. Im Weiteren wird über dies Thema diskutiert. M. RECLUS wandte in einem Falle von Lyssa ohne Erfolg subkutane Kochsalzinfusion an. M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE sah nur bei Shock und Blutverlusten, nicht bei Septicämie Erfolge. M. PÉAN zieht wegen geringerer Gefahr die subkutane der intravenösen Anwendung vor. M. PINARD ist der Meinung von LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. M. POZZI hat in einem Fall von Sepsis post operationem Erfolg gehabt. DUMONTPALLIER und PINARD empfehlen die Seruminjektionen rückhaltlos bei Blutungen bei oder nach Geburten, TARNIER äussert sich auch hier vorsichtig. Zum Schluss fasst M. PÉAN zusammen: Von grossem Erfolg ist die subkutane Kochsalzlösungsinfusion bei Blutverlusten, bei Sepsis unterstützt sie die andere Therapie. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **9. Januar.** **No. 2.**

Inhalt: v. Ebner, Einfluss von Reagentien auf die Doppelbrechung der Gewebe. — Blum, Neue Eiweissverbindungen. — Wicke u. Weiske, Einfluss von Stärke und Fett auf Stickstoffumsatz. — v. Ketel, Bestimmung des Zuckers im Harn. — Gumprecht, Alloxurkörper und Leukocyten beim Leukämiker. — Popel, Ueber die Dichte des Blutes. — Hess u. Schmoll, Einfluss der Nahrung auf die Alloxurkörper im Harn. — Dieulafoy, Widal u. Sicard, Ueber die Agglutination der Typhusbacillen. — Robin und Binet, Gaswechseluntersuchungen bei Typhus. — Laquer, Alloxurkörperbestimmung nach Krüger-Wolff. — Neumann, Ueber die fibrinoide Degeneration des Bindegewebes. — Saxer, Abstammung der roten und weissen Blutkörperchen. — Rehfisch, Zur Physiologie der Samenblasen. — Kraus, Fall von Cholecystitis typhosa necroticans. — Graff, Der Murphy'sche Knopf und seine Anwendung. — Lehne, Echinococcus im Herzen und Rückenmark. — Watson, Ueber Radikaloperation der Varicocele. Burrcell, Ligatur der A. innominata. — Burckhard, Dilatation der Ureteren. — Baudouin, Ueber Fistelbildung nach Kocher und Sendler. — Schopf, v. Dittel, Punktion der Harnblase. — Abelsdorf, Zur Prophylaxe der sympathischen Ophthalmie. — Cohen-Kysper, Neues Verfahren zur Behandlung der Schwerhörigkeit. — Max, Fall von Ohrmuscheldefekt. — Savery, Fall von beiderseitiger Recurrenslähmung. — Janatka, Rhinopharyngolith. — Hamburg, Ueber die Rieth'sche Albumosenmilch. — Rubner, Ueber die Permeabilität der Kleiderstoffe. — Bericht über Antitoxin und Diphtherie. — Grimbert, Nährboden für Typhus- und Colibacillen. — Rosenberg, Zur Wirkung des Formaldehyd. — Stern, Milchsäure im Mageninhalt. — Dobrowsky, Thyreoidin in der Kinderpraxis. — Johannessen, Behandlung atrophischer Kinder in der Couveuse. — Högerstedt und Nemser, Verengerung grosser Arterien. — Dieballa, Zur Therapie der perniciösen Anämie. — v. Wellerhof, Digitoxin bei Herzkranken. — Rosenfeld, Diagnose und Therapie der Uratdiathese. — Bailey, Opticusatrophie bei Tabes. — Minor, Centrale Hämatomyelie. — Benoit, Trigeminusstörungen bei Augenmuskellähmungen. — Dercum, 2 Fälle von Railway-Spine mit Autopsie. — Pineles, Rückenmarksveränderung bei Tabes dorsalis. — Redlich, Polyneuritische Psychosen. — Langner, Pansier, Berger, Zur Kenntnis der Hysterie. — Brugou, Mechanische Behandlung der Ataxie. — Neumann, Beziehung der Hautkrankheiten zum Gesammtorganismus. — Möller, Behandlung der Gonorrhoe. — Róna, Fall von Syphilis mit Knochenfrakturen. — Buday, Ungewöhnlicher Fall von Syphilis. — Lanz, Therapie des Ulcus molle. — Reynier, Behandlung der Hämatocele. — Osterrmayer, Vaginalzerreissungen. — Richelot, Behandlung der Beckeneiterungen. — Hartmann, Behandlung der perimetrischen Erkrankungen. — Boutrillier, Fall von subkutanem Emphysem. — Borhm, Zur Kenntnis der Filixsäuregruppe. — Schiller, Wirkung des Scopolins. — Lewin u. Goldschmidt, Resorption aus der Harnblase.

v. Ebner, Weitere Versuche über die Umkehrung der Doppelbrechung leimgebender Gewebe durch Reagentien. Sitzungsber. d. Wien. Akademie d. Wissensch. CV. Abteil. III. S. 15.

Verf. hatte bereits früher den Nachweis erbracht, dass eine Anzahl Bindesubstanzen, wie leimgebendes Bindegewebe, Knorpel, entkalkte Knochen und Zähne, Cornea, Linsenkapsel, Chitinhäute etc., durch Behandlung mit Benzophenol oder anderen Phenolen bezw. deren Derivaten eine mehr oder weniger starke Umkehrung ihrer natürlichen positiven bezw. negativen Doppelbrechung in das Gegenteil erfahren, dass hingegen Muskeln, Horngewebe, Seide, Cellulose etc. diese Erscheinung nicht zeigen. Unorganische und aliphatische Verbindungen haben eine derartige Wirkung überhaupt nicht. Verf. war diesmal in der Lage, an Stelle der s. Z. angewandten unreinen Substanzen eine Anzahl chemisch reiner Körper an Längsschnitten von entkalkten Röhrenknochen zu erproben, und konnte hierbei die erwähnte optische Erscheinung noch weit deutlicher beobachten. Zur Verwendung kamen Amidobenzol (statt Anilinöl), Eugenol (statt Nelkenöl), Carvacrol (statt Origanumöl), Salicylaldehyd (hatte bei weitem die stärkste Wirkung), Orthokresol und Guajakol. Das dem Carvacrol isomere Thymol ergab selbst in konzentrirter Lösung keine Wirkung oder verminderte höchstens die Doppelbrechung um ein Geringes. So Crotonaldehyd (obgleich er den Aldehyden der Phenolreihe, namentlich dem Zimmtaldehyd sehr nahe steht), Citronellaldehyd, Propionaldehyd, Isovaleraldehyd, Acetessigsäureäthylester (zeigt ebenfalls in mancher Beziehung phenolähnliche Eigenschaften), Geraniol, Methylvalerianat und Bornylacetat. Letztere beiden Verbindungen enthalten, wie die aromatischen Verbindungen, cyklisch verbundene C-Atome, aber in anderer (hydrocyklischer) Bindung.

Brühl.

J. Blum, Ueber eine neue Klasse von Verbindungen der Eiweisskörper. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 127.

Versetzt man verdünntes, von Globulinen befreites Hühnereiweiss mit einigen Tropfen Formalin (Formol), so gerinnt die Lösung beim Kochen nicht mehr und behält diese Eigenschaft auch bei, wenn sie durch längeres Kochen vom überschüssigen Formalin befreit ist. Dampft man die Lösung auf dem Wasserbad ein, so bleibt eine in Wasser unlösliche Modifikation von Eiweiss zurück, geschieht das Eindampfen aber im Vakuum, so erhält man das Eiweiss in trockenem Zustand bei erhaltener Löslichkeit und Ungerinnbarkeit. Es ist löslich in heissem Wasser, selbst nach Zusatz von konzentrierter Kochsalz- oder Glaubersalzlösung. Die Lösung reagiert neutral, sie wird gefällt durch Säuren und Tannin, giebt Biuretreaktion, Xanthoprotein-Reaktion und die Reaktion von Adamkiewicz. Alcohol. absolut. fällt aus der 10—20proc. Lösung eine feinflockige schneeweisse Masse, welche sich jedoch auf Zusatz von wenigen Tropfen Wasser wieder löst. Andere Eiweisskörper, wie Serumalbumin, verhalten sich ebenso. Nach diesen und einigen anderen vom Vf. angegebenen Reaktionen stimmt die neu erhaltene Substanz mit keinem der bekannten Eiweisskörper überein. Vf. ist der Ansicht, dass sich unter dem Einfluss des Formaldehyds eine Methylenverbindung des Eiweiss gebildet habe und hebt

die wertvollen Eigenscbaften des neuen Körpers, welcher unter dem Namen „Protogen“ technisch hergestellt werden soll, bervor. (Die Aehnlichkeit des nenen Körpers mit der Atmidalbumose von Neumeister ist unverkennbar. Ref.) E. Salkowski.

A. Wicke und H. Weiske, Ueber den Einfluss einer Fett- resp. Stärkebeigabe auf die Ausnützung der Nährstoffe im Futter und auf den N-Umsatz nnd -Ansatz im Tierkörper. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 137.

Die Vff. hatten früher dnrcb Versuche an Hammeln gefunden, dass bei Ernäbrung mit einem Futter von nur mässigem Eiweiss- und geringem Fettgebalt die Beigabe von Amylum und von Fett die N-Ausscheidung verminderte nnd zwar das erstere für 100 g um 19—21 pCt., das letztere um 30—40 pCt. Das Fett batte also seinem kalorischen Werte nach weniger geleistet. Wenn aber die durch die Amylumzugabe bewirkte Verdauungsdepression (schlechtere Ausnütznng des Eiweiss im Darmkanal) erbeblich war, so konnte das Fett sogar mehr leisten, als die isodyname Qnantität Stärke. Sie haben nnnmehr an denselben Tieren analoge Versuche ausgeführt bei einer eiweiss- nnd fettreichen Fütterung. Es ergab sicb, dass bei diesem Futter die Beigabe von Stärke resp. Fett zwar dieselbe Wirkung äusserte, aber sehr viel scbwächer, als bei dem an Eiweiss und Fett ärmeren Futter. Bei Hammel I sank nämlicb die N-Ausscheidung durch den Harn infolge der Beigabe von Stärke um 10,4 pCt, infolge der Beigabe einer der Stärke isodynamen Quantität Fett (Olivenöl) um 2,6 pCt., bei Hammel II infolge von Fettbeigabe um 3,8 pCt.

Durch die Stärkebeigabe wurde auch dieses Mal eine Verdauungsdepression der Eiweissstoffe und der Robfaser im Futter bervorgerufen, wogegen sich die Fettbeigabe bezüglicb der Verdauung und Resorption dieser beiden Futterbestandteile obne bestimmten Einflnss erwies, wohl aber die Ansnutzung der stickstofffreien Extraktstoffe bei beiden Versucbstieren herabdrückte. Betreffs zahlreicher Einzelheiten vergleiche das Original.
E. Salkowski.

B. v. Ketel, Zur Bestimmnng der Glukose im Harn. Zeitschr. f. phys. Chemie. XXII. S. 279.

Zur Bestimmnng des Milchzuckers in der Milcb empfiehlt v. K. folgendes Verfahren: Zu 50 ccm Milch setzt man „nach passender Verdünnung“ 4 ccm Pbenol. liquef. und 10 ccm Bleiacetatlösung von 10 pCt. Das Filtrat kann polarimetrisch untersucht nnd nach „Entfernung des Bleies“ („wie“ ist nicht gesagt; durch Scbwefelwasserstoff? Ref.) anch nacb Fehling titrirt werden. Für 50 ccm Harn nimmt man 4 ccm Phenol. liquef. und 15 ccm Bleiacetatlösung. E. Salkowski.

Gumprecht, Alloxurkörper und Leukocyten beim Lenkämiker. Centralbl. f. allgem. Pathol. 1896, No. 20.

Mit Bezug auf Horbaczewski's Theorie vom Znsammenhange der Harnsäure- bezw. Alloxurkörperansscheidung mit dem Leukocytenumsatz

müssen Untersuchungen an Leukämikern wichtig erscheinen. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine ziemlich rasch, in 7—8 Monaten verlaufende, vorwiegend lymphatische Leukämie, bei welcher Verf. während 19 Tagen die Alloxurkörperausscheidung und die Zahl der Lenkocyten bestimmt hat, zugleich an 7 Tagen auch die Harnsäureabgabe. Die Alloxurkörperwerte sind hoch, im Mittel ist der Alloxur-N = 0,416 g pro die, dabei ist der Harnsäure-N nicht wesentlich erhöht (= 0,294), dagegen der N der Xanthinkörper deutlich gesteigert (0,122 g).

Was das Verhältnis zwischen der Höhe der Alloxurkörperausscheidung und der Leukocytenzahl betrifft, so fand sich ein Parallelismus zwischen beiden: Sinken der ersteren ging mit einer Verminderung der letzteren einher und umgekehrt. Hierin stimmt Verf.'s Fall mit einem von Sticker berichteten überein, während andere Autoren das Gegenteil, ein umgekehrt proportionales Verhalten gefunden haben. A. Loewy.

W. Popel, Sur les variatons de la densité du sang dans le jeûne absolu, simple ou compliqué de la ligature des urétères. Arch des sciences biolog. de St. Pétersbonrg. IV. S. 354.

An je 5 Kaninchen und Hunden wurde die Blutdichte nach Hammerschlag zunächst während reichlicher Ernährung mehrere Tage lang bestimmt. Dann wurde jede feste und flüssige Nahrung entzogen und die Blutdichte weiter täglich bis zum Tode der Tiere festgestellt. Beide Tierarten verhielten sich verschieden; bei den Kaninchen war ein deutliches Ansteigen derselben zu konstatiren von im Durchschnitt (25 Bestimmungen) 1045,44 auf 1053,28 (32 Bestimmungen); bei den Hunden war während der Nahrungszufuhr die Dichte im Mittel 1047,97 (58 Bestimmungen), im Hunger 1050,80 (64 Bestimmuugen). Die Zunahme ist gering und es zeigt sich bei Betrachtung der Einzelversuche, dass häufig eine Verminderung zu konstatiren war. Die Blutdichte des Hundes lag in der Norm höher als die des Kaninchens, beim Fasten niedriger.

Bei einer weiteren Reihe von Tieren wurden nach einer Reihe von Fasttagen die Ureteren unterbunden. Bei den Kaninchen trat nun bis zu dem an Urämie erfolgenden Tode ein starkes Sinken des spezifischen Blutgewichtes ein. Anders bei den Hunden, bei denen ein weiteres Steigen desselben stattfand. Im Mittel war bei den Kaninchen die normale Blutdichte in diesen Versuchen 1052,7, während des Fastens 1057, nach Ureterenverschluss 1051,5. Bei den Hunden war sie: 1055,7 : 1058,13 : 1063,37.
A. Loewy.

N. Hess und E. Schmoll, Ueber die Beziehungen der Eiweiss- und Paranucleinsubstanzen der Nahrung zur Alloxurkörperausscheidnng im Harn. Arch. f. experim. Pathol. Bd. 37. S. 243.

In Selbstversuchen wollten die Verf. entscheiden, ob die Alloxurkörper des Harns und speziell die Harnsäure ausschliesslich den Nucleinen entstammen oder auch als Endprodukte des gewöhnlichen Eiweissstoffwechsels entstehen können. Der Nahrung, mit der sie sich in N-Gleichgewicht gebracht hatten, legten sie in der einen Reihe von Versuchen

grössere Mengen eiweisshaltiger, aber nuclein- und paranucleinfreier Körper zu, in einer zweiten Reihe paranuclein-, in einer dritten nucleinhaltiges Material. In der ersten Reihe nahmen sie an den Versuchstagen — ausser der sonstigen Nahrung — das Eiweiss von 24 Eiern zu sich. Eine Steigerung der Alloxurkörper oder der Harnsäure ist nicht zu beobachten. Als paranucleinhaltiges Material diente Eigelb von 24 Eiern; auch hier wurde die Ausscheidung der Alloxurkörper nicht geändert. Dagegen war eine Erhöhung der Alloxurkörper- und Harnsäure-Ausfuhr erheblich, als nucleinreiches Material in Gestalt von Kalbsthymus (150—600 g) gereicht wurde. Danach dürfte die Harnsäure allein aus den Alloxurkörpern und den sie enthaltenden Stoffen hervorgehen. Interesse verdient noch gegenüber den starken Schwankungen der Alloxurkörper-Ausscheidung, die meist beobachet werden, die in den vorliegenden Versuchen zu bemerkende Gleichmässigkeit der Ausscheidung in den einzelnen Versuchsreihen, die im Besonderen die Harnsäure betrifft.

Die individuell sich findenden Differenzen der Harnsäure-Ausfuhr leiten Verff. von der vermehrten oder verminderten Oxydation der Alloxurkörper ab; je grösser diese, um so mehr wird ceteris paribus Harnsäure — im Gegensatz zu der bisherigen Annahme — ausgeschieden, je mehr herabgesetzt sie ist, um so mehr Alloxurbasen werden entleert. A. Loewy.

Dieulafoy avec **Widal** et **Sicard,** Recherches sur la nature de la substance agglutinante et sa fixation sur les albuminoides du sang et les humeurs des typhiques. Bull. de l'acad. de méd. 1896, No. 38.

Bringt man Serum Typhuskranker mit einer Aufschwemmung von Typhusbacillen zusammen, so backen diese zu Haufen aneinander. Die Verff. untersuchten zunächst, welche Körperflüssigkeiten den gleichen Effekt haben. Harn zeigte ihn ausnahmsweise, immer der Inhalt von Vesicatoren, ferner pericardiale, pleurale, peritoneale Flüssigkeit, die Typhusleichen entnommen waren, Thränen und Humor aqueus Typhöser. Des Weiteren auch die Milch einer Ziege und von Kaninchen, die mit Typhusbacillen inficiert waren. Keine Wirkung zeigte Speichel, Samenblasen-Cerebrospinalflüssigkeit.

Die weiteren Untersuchungen bezogen sich auf die Substanzen, an welche die agglutinirende Wirkung gebunden ist. Geprüft wurden die Eiweisskörper des Serums, des Blutes und der Milch. Im Serum war das Globulin wirksam, während das Albumin keinerlei Wirkung zeigte; im Plasma kam ausser dem Globulin auch dem Fibrinogen agglutinirende Fähigkeit zu. In der Milch erwies sich Casein und Globulin, nicht Albumin von Wirkung. Casein, auf 75° erwärmt, büsste seine Wirksamkeit ein.

A. Loewy.

A. Robin et **M. Binet,** Études cliniques sur le chimisme respiratoire. IIme partie. (Les échanges respiratoires dans la fièvre typhoide.) Arch. génér. de méd. 1896, octobre.

Untersuchungen des Gaswechsels bei leichtem und schwerem Typhus und in verschiedenen Stadien der Krankheit. Die Verff. kommen zu fol-

genden Schlüssen: Während des Abdominaltyphus ist der Gaswechsel geändert, derart, dass die Kohlensäureproduktion unter die Norm herabgesetzt ist. Auch der O-Verbrauch ist vermindert, aber nicht so stark, wie die CO_2. In der Rekonvalescenz steigt die CO_2-Ausscheidung wieder an. Mit dem Steigen der Körpertemperatur sinkt die Intensität des Gaswechsels und umgekehrt. Ebenso je schwerer die Erkrankung, um so niedriger der Gaswechsel; man kann so die Intensität desselben zu diagnostischen und prognostischen Schlüssen verwerten. Diese Resultate stehen mit allem, was sonst über den Einfluss von diesen Erkrankungen bekannt ist, in Widerspruch; auch scheinen dem Ref. die Versuchsdaten der Verff. zu so weitgehenden Schlüssen nicht geeignet. A. Loewy.

B. Laquer, Ueber die Krüger-Wolff'sche Methode der Alloxurkörperbestimmung. Cbl. f. inn. Med. 1896, No. 44.

Von verschiedenen Seiten (ZÜLZER, WEINTRAUD, STRAUSS) ist schon auf die Unsicherheit der Krüger-Wolff'schen Methode zur Bestimmung der Alloxurkörper hingewiesen worden. Sie hatten gefunden, dass in einzelnen Fällen die Menge der gesammten Alloxurkörper kleiner war, als die Menge der Harnsäure allein. LAQUER teilt nun 33 Analysen mit, die am Harne von Personen ausgeführt wurden, welche aus Milch dargestellte Caseinsalze erhalten hatten. In der überwiegenden Mehrzahl dieser war die Zahl für den Harnsäure-N grösser, als die für die Gesammalloxurkörper-N. Schon die Ausfällung der letzteren mittelst Kupfer erfolgte abweichend von der Norm, nicht sofort und feinflockig oder in Krystallen, sondern klumpig in geringem Volum. Die mitgeteilten Erfahrungen müssen jedenfalls zur Vorsicht bei Anwendung der Methode mahnen. A. Loewy.

E. Neumann, Zur Kenntnis der fibrinoiden Degeneration des Bindegewebes bei Entzündungen. Virchow's Archiv. Bd. 144. S. 201.

Verf. schliesst sich der von GRAWITZ aufgestellten Theorie an, dass das an der Oberfläche seröser Häute auftretende Fibrin nicht ein Exsudat darstellt, sondern umgewandelte fibrilläre Intercellularsubstanz ist. Bereits früher hat er das häufige Vorkommen einer „fibrinoiden Degeneration" des Bindegewebes betont. Die ersten Anfänge der bei Entzündungen seröser Häute auftretenden Fibrinmassen stellen sich als ein innig mit der Serosa verschmolzener trüber, sammtartig unebener Teil der Membranoberfläche selbst dar. Dieses Fibrinhäutchen ist streng auf den Entzündungsbezirk beschränkt. In Uebereinstimmung mit BUHL konnte Verf. feststellen, dass das Serosaepithel an der Pleura sowol wie an Perikard und Peritoneum oberhalb des Fibrins in Form kleinerer oder grösserer Epithelinseln nachweisbar ist, am besten an den frisch abgezogenen, in Salzwasser eingelegten Membranen. Dass ein fibrinöses Exsudat sich zwischen Bindegewebe und Epithel eingelagert und letzteres abgehoben hat, ist auf Grund der mikroskopischen Untersuchung nicht anzunehmen; auch stammt das Epithel nicht von dem gegenüberliegenden Serosablatt. Verf. konnte direkt den Uebergang der aus zarten farblosen Fasern zusammengesetzten Bindegewebs-

Digitized by Google

bündel in die in das Gewebe eingeschlossenen Fibrinmassen nachweisen. Diese eigentümliche degenerative Veränderung der oberflächlichen Schichten leitet den entzündlichen Prozess an den serösen Häuten ein.

Durch weitere Ausbreitung der fibrinoiden Aufquellung des Bindegewebes kommt es zu der kontinuierlich über die Serosa ausgebreiteten Fibrinschicht. Im weiteren Verlauf tritt eine Demarkation der degenerierten Teile auf, in dem zwischen sie und das intakte Gewebe eine oder mehrere Zellschichten sich einschieben, in einem dem Saftkanalsystem angehörigen Spaltraum gelegen.

Um die Produkte einer fibrinoiden Gewebsdegeneration handelt es sich auch bei den Entzündungen von mehrtägiger Dauer, bei denen die fibrinösen Massen von typischem Granulationsgewebe emporgehoben und durchwachsen sind. Bei den eitrig-fibrinösen Entzündungen der serösen Häute gelingt es oft nur in den Anfangsstadien noch, die Abstammung der Membranen von der Serosa selbst mit Sicherheit nachzuweisen.

Verf. entwickelt dann dieselben Anschauungen für die Wandung der tuberkulösen Lungenkaverne. Die Nekrosen der Kaverneninnenfläche haben nichts mit gewöhnlichen Verkäsungen zu thun. Häufig fehlen Tuberkel in dem Gewebe unterhalb der nekrotischen Schicht vollkommen, und die nekrotischen Teile selbst haben ein anderes Aussehen als tuberkulöse Käsemassen. Es handelt sich hier um den diphtheritischen Nekrosen entsprechende Veränderungen. Es besteht eine unmittelbare Kontinuität zwischen der feinfaserigen Grundsubstanz des Gewebes und den hyalinen Bälkchen der nekrotischen Zone. Auch hier handelt es sich um eine Umwandlung gewisser Gewebsschichten in eine fibrinähnliche Substanz, die am besten als fibrinoide Degeneration zu bezeichnen ist. Das Wesentliche der Veränderung liegt weder in einer fibrinösen Exsudation in das Gewebe, noch in einer besonderen Degeneration der Gewebszellen, sondern in der Umwandlung der intercellulären Substanz des erkrankten Gewebes.

Auch bei der Endokarditis und der Entzündung der Synovialhäute spielt die fibrinoide Degeneration bei der Bildung der umfangreichen Fibrinmassen eine beträchtliche Rolle. Namentlich an den Synovialhäuten ist die Kontinuität zwischen den hyalinen Bestandteilen der fibrinähnlichen Herde und dem umgebenden Gewebe von Riese festgestellt worden.

M. Rothmann.

Fr. Saxer, Ueber die Abstammung der roten und weissen Blutkörperchen von „primären Wanderzellen". Centralbl. f. allgem. Pathol. etc. VII. No. 10.

Untersuchungen an Embryonen von ca. 1 cm Länge (Schwein, Schaf, Katze) zeigten, dass bereits in diesem Stadium der Entwicklung bewegliche Elemente im Bindegewebe vorkommen, die völlig scharf von den Bindegewebszellen zu scheiden sind. Diese Wanderzellen stehen in inniger Beziehung zur Entstehung der farbigen Blutkörperchen. Rote und weisse Blutkörperchen sind als verschiedene Glieder derselben Zellentwicklungsreihe anfzufassen. In der Leber und der Nabelblase junger Säugetierembryonen konnte Verf. reichliche Produktion von roten Blutkörperchen zwischen den Epithelzellen unabhängig vom Gefässlumen nachweisen, die

durch das aktive Einwandern von lenkocytenähnlichen Zellen eingeleitet wird. Auch an anderen Stellen war die Umwandlnng der nrsprünglichen Wanderzellen teils zu kernhaltigen roten Blntkörperchen, teils zu den verschiedenen Leukocytenformen des erwachsenen Organismus zu verfolgen. Die „primären Wanderzellen" kommen überall im Embryo vor; die „blutbereitenden Organe" sind nur Sammelstellen derselben. Bildnngsstätten der roten Blutkörperchen in frühen Stadien sind in erster Linie die Nabelblase nnd die Leber; aber auch an vielen anderen Stellen, im snbkntanen und intermuskulären Bindegewebe, auch im Herzen findet die Bildung derselben statt.

Bei etwas älteren Embryonen kann man die Entwicklung von Leukocytenherden in den Lymphdrüsenanlagen und in der Thymus verfolgen. Die Bindegewebszellen des Gerüstes und die freien Zellen, „primären Wanderzellen", Riesenzellen, Leukocyten, Erythroblasten sind von Anfang an scharf zu trennen.

Auch im entwickelten Organismus bilden sich im adenoiden Gewebe und im Knochenmark fortdauernd Leukocyten aus präexistirenden Wanderzellen. Die verschiedenen Formen der Leukocyten sind einheitlicher Herkunft und können ineinander übergehen. Ein Teil derselben (Markzellen) vermag auch im entwickelten Organismus rote Blntkörperchen zu bilden, während andere sich in vielkernige Riesenzellen umwandeln können.

M. Rothmann.

E. Rehfisch, Neuere Untersuchungen über die Physiologie der Samenblasen. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 16.

Die Samenblasen entwickeln sich in der Reihe der Sängetierarten derart, dass sie zunächst als Drüsen in dem ampullenförmig erweiterten Vas deferens auftreten, dann abgeschnürt nur durch ihren Ductus mit dem Vas deferens zusammenhängen und endlich unterhalb des Vas deferens in den Sinus nrogenitalis direkt einmünden. Zur zweiten Abteilung gehört der Mensch. Die Samenblasen bei den verschiedenen Tieren und beim Menschen weisen nicht nur physiologische Differenzeu auf, sondern sind bei den einzelnen Tiergattungen wahrscheinlich auch entwicklnngsgeschichtlich verschiedenen Ursprungs. Gehen sie bei der oben erwähnten zweiten Abteilnng ans dem Wolff'schen Gange hervor, so stammen sie bei der dritten vermntlich aus dem Anfangsteil des Sinns urogenitalis.

Beim Menschen sind in der Schleimhaut der Vesiculae seminales Drüsen enthalten, die einen eiweissartigen, wesentlichen Bestandteil des Sperma secerniren. Dass die Samenblasen auch Samenfadenbehälter sind, geht aus den Untersuchungen von Förbringer und Schlemmer, denen Verf. eigene anfügen konnte, hervor. Verf. vermochte in 50 Fällen bei kräftigen Leuten von 20—40 Jahren durch Druck auf die Samenblasen per rectnm Sperma mit zahlreichen Spermatozoën aus der Urethra entleeren.

Die geltende Anschauung, dass die Samenblasen knänelförmig gewundene Organe seien, konnte Verf. nicht bestätigen. Die von der Fascie bedeckten Samenblasen sind ein Hohlorgan von elliptischer Form, das auf einem Schnitt in der horizontalen Längsachse das Bild eines 4—6fach ge-

Digitized by Google

fiederten Blattes zeigt. Es besteht ein weiter Hauptkanal mit 4—6 Nebenkanälen mit engen Zugängen und erweitertem Lumen. Verf. konnte nun die bereits vor 200 Jahren von Regnerus de Graaf gefundene Thatsache bestätigen, dass vom Vas deferens aus eingeführte Injektionsmassen erst dann aus dem Ductus ejaculatorius heraustreten, wenn sich die Samenblasen vorher prall gefüllt haben. In 16 Versuchen am, aus dem Kadaver genommenen, Genitalapparat mit Wasser, mit Berlinerblau gefärbter Gelatine und Rose'schem Metall liess sich dieses Verhältnis stets nachweisen. Der Grund dafür liegt in der Art der Einmündung der Samenblasen in das Vas deferens, bei der kein Sporn in das Lumen hineinragt, sonderu der Uebergang unter konvexem Winkel mit plötzlicher Erweiterung der Mündungsstelle stattfindet, so dass der Uebertritt aller in das Vas deferens gelangenden Flüssigkeit in die Samenblasen aus rein mechanischem Grunde vor sich gehen muss. Dagegen verengt sich das Lumen der Samenblaseu nach dem Ductus ejaculatorius zu sehr stark, so dass der Inhalt der Samenblasen nach starker Füllung durch den Druck der glatten Muskulatur der Fascie in den Ductus gelangt.

Verfasser sucht den Zweck der Samenblasen als Samenreservoir beim Menschen mit der nicht auf bestimmte Abschnitte beschränkten geschlechtlichen Thätigkeit zu erklären. Vielleicht dienen die stark gefüllten Samenblasen auch zur Anreizung der Sinneslust.

Das spezifische Sekret der Samenblasen ist eine Proteinlösuug von klebriger Konsistenz, löslich in Essigsäure, beim Erkalten gerinnbar. Ob dasselbe die Vitalität der Spermatozoën erhöht, steht dahin. Verf. hat dann versucht festzustellen, ob das Sekret der Samenblasen und der Prostata zur Befruchtuug nötig sei. Nach den Versuchen von Steinach setzt das Fehleu dieser Sekrete die Fruchtbarkeit der Ratten stark herab. Bei Kaninchen konnte Verf. mit dem reinen Hodensekret keine Befruchtung erzielen. Es scheint also das reine Hodensekret nicht zur Befruchtnng auszureichen; die Ursache dafür ist vor allem in dem Fehlen des flüssigen Menstruums zu suchen. M. Rothmann.

E. Kraus, Ueber einen weiteren Fall von Cholecystitis typhosa necroticans mit cirkumskripter Peritonitis snppurativa. Prager med. Wochenschr. 1896. No. 42.

Ein 31jähriger schwachsinniger, an epileptischen Anfällen leidender Mann geht an Typhus zu Grunde Die Sektion zeigt zahlreiche ulceröse Substanzverlnste in der Schleimhant des Dünndarms, besonders an der Vnlvula Bauhini, einen akuten Milztumor und eine nekrotisierende Entzündung der Gallenblase, in der mehrere Gallensteine sich befinden. In der Umgebung der Gallenblase lässt sich eine cirknmskripte eitrige Peritonitis konstatieren. Deckglaspräparate und Kulturen vom Milzsaft, dem peritonitischen Exsudat und dem Gallenblaseninhalt ergaben sämmtlich Reinknlturen von Typhnsbacillen.

Schnitte von der Gallenblasenwand an der Grenze zwischen nekrotischeu Teil und den noch erhaltenen Partien zeigen in den letzteren kleinzellige Infiltration nnd Hyperämie, im Bereich der Nekrose schlecht gefärbte Detritusmassen. Mit Löffler's Methylenblau sind Haufen von

Typhusbacillen sowohl in der entzündeten Mukosa als auch im Gebiet der Nekrose nachweisbar, ohne dass andere Bakterien vorhanden sind. Es handelt sich hier also um eine wahre Cholecystitis typhosa. Dieselbe findet sich nach den Untersuchungen von CHIARI in den meisten Fällen von Typhus abdominalis in geringem Grade; dagegen gehört eine so schwere, nekrotisierende Form, wie die hier vorliegende, entschieden zu den grössten Seltenheiten. M. Rothmann.

H. Graff, Der Murphy'sche Knopf und seine Anwendung. (Aus der chir. Abteil. des neuen allgem. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.) Arch. f. klin. Chir. LII. S. 251.

Der „Murphy" ist in obiger Anstalt in 25 in extenso beigebrachten Fällen, in 5 Gastroenterostomien bei gutartiger Stenose (5 Heilungen), in 14 bei Gastroenterostomose bei malignen Tumoren († 13) und in 11 Darmresektionen († 9) verwendet worden: Eine Sichtung der einzelnen Fälle zeigt keinmal den Kuopf als Schuld des tödlichen Ausganges. In einem Fall von Gastroenterostomie bei Pyloruskrebs stellte sich die Unausführbarkeit der Operation eigentlich erst während dieser heraus; beim Tod an Peritonitis nach 22 Stunden sassen die Knöpfe in situ; 1mal war Nachblutung aus einem Mesenterialgefäss, 3mal Collaps und 1mal eine Pneumonie Todesursache. Immer zeigten sich die Nähte bei der Autopsie sufficient. Aehnlich gestalteten sich die Todesfälle bei Darmresektionen. Einmal nach 4 Wochen fand eine Perforation statt, die aber, da die Knöpfe im Rectum lagen, nicht bei deren Lösung, sondern später eingetreten sein muss.

Gute Konstruktion und richtige Technik sichern den Erfolg des „Murphy". Man hat in Hamburg 3 Nummern konstruirt: No. 1 mit Totaldurchmesser von 1,9 cm, Umfang 7 und Durchmesser des Centralkanals von 0,9. Für No. 2 lauten die gleichen Maasse 2, 3, 8 und 1, für No. 3 2,5, 8,5 und 1,3. Die beiden ersten, besonders No. 1, dienen bei Gastroenterostomien, No. 2 bei Dünndarm, No. 3 bei Dickdarmanastomosen. Die Ränder müssen gut rund und nicht scharf sein, um die Magenwand nicht zu durchschneiden, sondern durch langsamen Druck zur Resorption zu bringen, gleichzeitig sollen die Ränder nicht zu schmal sein, so dass Serosa an Serosa breit aufliegt, ebenso darf der Raum in der Aushöhlung des Näpfchens nicht zu schmal sein und ist der Rand 3—4 mm, die Aushöhlung 4—5 mm breit. Meist wurde sofort das Lumen eröffnet und die Naht sofort angelegt, die die Mucosa hart am Rande, die Serosa etwas entfernter fasst, so dass keine Schleimhaut prolabirt und abzutragen ist. Ausserdem wird eine Lembert'sche Serosa applicirt. Der Schlitz zur Aufnahme des Knopfs darf nicht zu klein sein, der Centralkanal des Knopfes wird mit Jodoformgaze ausgestopft, der Knopf selbst rotirend eingeschoben. Die ganze Anastomosenbildung dauert nur wenige Minuten. Natürlich muss völlig in Gesundem gearbeitet werden. Der Murphy ist ein Fremdkörper, dessen Zurücksinken in den Magen bei Gastroenterostomie zu fürchten und daher die Hacker'sche Operation zu bevorzugen ist. Ebenso kann er bei seitlicher Enteroanastomose sich festsetzen. Indessen machte er unter 15

Digitized by Google

Fällen — in 1 wurde er im Rectum gefunden — keine Beschwerden, obschon nur in 7 seine Entleerung zwischen dem 12. bis 24. Tage zu erweisen war. P. Güterbock.

Lehne, Ueber seltenere Lokalisationen des uniloculären Ecchinococcus beim Menschen, nebst Bemerkungen über die durch Ecchinokokken hervorgerufenen histologischen Veränderungen. (Aus dem pathol. Institut der Universität Rostock.) Arch. f. klin. Chir. LII. S. 534.

Einschliesslich eines noch nicht veröffentlichten Falles von Ecchinococcus des Herzens und eines ebensolchen des Rückenmarkskanales bezw. der Interstitien der Rückenmuskeln hat L. 24 Beobachtungen zusammengestellt, von denen in 18 der Ecchinococcus den Sitz im Herzen, und zwar in 10 ausschliesslich, hatte, während 6mal noch Kolonien in anderen Organen existirt. In weiteren 8 Fällen waren, wie in dem zweiten Falle L.'s, Rückenmarkskanal und Rückenmuskulatur beteiligt. Für die Herzecchinokokken spielt die Aa. coron. die grösste Rolle, die vorwiegende Beteiligung des rechten Herzens erklärt sich durch die grössere Weite der Ar. coron. dextra. Ausnahmsweise bei Stromstörungen und Schädigungen der Muskelthätigkeit des Herzens kommt der Transport durch das in den Vorhof strömende Blut in Frage. Sitzen die Ecchinococcen im Septum der Vorhöfe oder der Kammern, so wölbt sich die Cyste häufiger nach dem rechten Herzen vor, bezw. bricht in dasselbe durch. Im letzteren Falle gelangen die Blasen in die A. pulmon. bezw. deren Aeste; bei Durchbruch in das linke Herz können sie auch weitergeführt werden; meist erfolgt vorher der Tod.

Beschrieben wird ferner ein Ecchinococcus der Mamma, der sich im Anschluss an die Entbindung bei einer nicht säugenden Frau entwickelt hat, und zum Schluss wird an einem unilokulären Leberecchinococcus dargethan, dass sich, ebenso wie beim Ecchinococcus multilocularis, in der Blase Gallengangswucherungen ausbilden können. P. Güterbock.

A. E. Watson, Notes on the radical cure of varicocele. Lancet 1896, Febr. 1.

Hospital-Bericht über 21 Fälle, junge gesunde Männer, im Mittel $16^1/_2$ Jahre alt, betreffend. Nur ein Fall war links- und rechtsseitig. Die Operation bestand in Excision des vorher mit Catgut doppelt unterbundenen Gefässpacketes, ohne dessen Scheide zu eröffnen. Eine Verkürzung des Samenstranges wird entweder durch Annähung der beiden Venenstümpfe mittelst einer Fadenschlinge oder Verknüpfung der Enden der oberen und unteren Ligatur bewirkt. Sehr sorgfältiger doppelter Verband, der äussere aus einem den Hoden unterstützenden, mit Loch für den Penis versehenen dreieckigen Tuch bestehend; dreiwöchige Bettruhe. P. Güterbock.

H. R. Burrcell, Ligature of the innominate artery. Internat. med. Mag. 1896, No. 2.

54jähr. Patient. Als Voroperation wurde in gleicher Sitzung die Ent-

fernung des rechten Sterno-Clavicular-Gelenks mit der Trephine über einem unter das Sternum geschobenen Spatel ausgeführt, welche der Knochenscheere wegen der grösseren Schonung der hinter dem Sternum gelegenen Gebilde vorgezogen wird. Nach Ligatur oberhalb und unterhalb des Aneurysma collabirte dieses. Eine kleine Nebenverletzung der Pleura blieb ohne jede üble Folge. Heilung fand ohne Zwischenfall statt. Pat. überlebte die Operation 104 Tage. Todesursache waren Dilatation und Herzhypertrophie mit allgemeiner Arteriosklerose. Das Aneurysma fand sich geschrumpft, die A. anonyma geschlossen. P. Güterbock.

G. Burckhard, Ueber Dilatation der Ureteren mit cystöser Vorwölbung ihrer Eintrittsstellen in die Harnblase. (Aus dem pathol. Institute der Universität Zürich.) Cbl. f. allg. Pathol. 1896, No. 45.

Zufälliger Leichenbefund bei einem 62jähr., an Pleuropneumonie und Herzinsufficienz verstorbenen Manne. Die ampulläre, ziemlich plötzlich nach oben abschneidende Erweiterung des vesicalen Endes des Harnleiters — rechts mehr ausgebildet als links — beruht auf einer angeborenen Verengerung der Mündungen und Verdünnung der Blasenwand in deren Umkreise, wo die Muscularis fehlte, während die Ureterenmuskulatur in ihren einzelnen Elementen vergrössert war. Weiter oben zum Nierenbecken sind die Harnleiter etwas erweitert, ebenso das Nierenbecken selbst, dessen Veränderungen wie die der Nieren nur relativ geringfügige sind.

P. Güterbock.

M. Baudouin, Une nouvelle opération sur les voies hépatiques; la choliangostomie. Progrès méd. 1896, No. 47.

Verf. übt Kritik an der von Kocher und Sendler in je 1 Fall ausgeführten Fistelbildung der hauptsächlichen Zweige des Duct. hepat. bei Choledochusverschluss durch Steine. Die Operation ist nur unter den in den genannten beiden Fällen bestehenden Bedingungen, d. h. bei Existenz alter angiocholitischer Abscesse gerechtfertigt und sollte durch die frühzeitige (précoce) Cholecystostomie nach Terrier in Zukunft unmöglich gemacht werden. Letztere soll im Stande sein, die Infektion der Gallengänge innerhalb der Leber und die Bildung von Leberabscessen zu verhindern. P. Güterbock.

---

1) **F. Schopf,** Punctio vesicae abdominalis lateralis obliqua mit Muskel- und Ventilverschluss. (Aus dem k. k. Elisabeth-Spitale zu Wien.) Wien. klin. Wochenschr. 1895, No. 46.

2) **Derselbe,** Zur Punctio vesicae abdom. lateralis obliq. Ebendas. No. 49.

3) **v. Dittel,** Zur Punctio vesicae abdominalis lateralis nach Dr. Schopf. Ebendas. No. 48.

1) Um bei der Punctio vesicae lästiges Nebensickern von Harn neben der Canüle zu hindern, hat Schopf sein im Titel näher bezeichnetes Verfahren erfunden. Dasselbe besteht darin, dass der Trokart ca. 2—3 cm von der Mittellinie aufgesetzt und dann schräg eingestossen wird. Von den beiden von Schopf auf solche Weise operirten Fällen war der erste

eine Harninfiltration mit † 8 Tage nach der Punktion. Bei dem zweiten Patienten verengerte sich der Punktionskanal jedesmal, wenn die Canüle entfernt wurde.

3) Dittel hebt aus reicher eigener Erfahrung die naheliegenden Einwände, speziell die Gefahr von Nebenverletzungen bei Schopf's Verfahren hervor. Schopf (2) sucht dieses mit dem Hinweis zu widerlegen, dass eine derartige Gefahr nur bestände, wenn der Trokart nicht schräg, sondern gerade eingestossen wurde. P. Güterbock.

G. Abelsdorf, Zur Prophylaxe der sympathischen Ophthalmie. Archiv f. Augenheilk. XXXIII. S. 345.

Bei einem $3^1/_2$jährigen Kinde, das vor 4 Wochen eine Verletzung des rechten Auges erlitten hatte, wurde wegen der Gefahr einer sympathischen Entzündung daselbst die Resektion des Opticus vorgenommen. Da nach Beendigung der Operation eine unebene Stelle im Aequator sich zeigte, welche der Sitz des Fremdkörpers zu sein schien, wurde sofort die Exenteration angeschlossen. In dem ausgelöffelten Bulbusinnern war indessen der Fremdkörper nicht zu finden. Die Heilung verlief gut. Nach drei Wochen, also 7 Wochen nach der Verletzung, brach auf dem gesunden linken Auge eine sympathische Iridocyclitis aus. Da auch nach der Enucleation das Vorkommen einer sympathischen Entzündung beobachtet worden ist, so ist A. der Meinung, dass keine der präventiven Operationen einen absolut sichern Erfolg verbürgt. Horstmann.

Cohen-Kysper, Ueber ein neues Verfahren zur Behandlung der Schwerhörigkeit beim chronischen Katarrh und nach Eiterungen der Paukenhöhle. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 45.

Das vom Verfasser empfohlene Verfahren besteht in Injektionen von Lösungen Eiweiss verdauender Fermente in das Mittelohr, speziell bei sog. trockenem oder hyperplastischen Katarrh und bei adhäsiven Folgeprozessen, nach abgelaufenem sekretorischem Stadium des einfachen Katarrhs. Vorbedingung ist, dass das Gehör nicht allzu sehr herabgesetzt ist, das heisst Flüstersprache noch am Ohr gehört wird. Das vom Verf. verwendete Mittel ist Pepsin 1 : 10,000 mit HCl-Gehalt von 0,15 pCt. Dasselbe wird mit einer entsprechend geänderten Koch'schen Spritze durch das Trommelfell hinter der oberen Hälfte des Hammergriffes in die Paukenhöhle injicirt; zuweilen ist Narkose dazu nötig. Der Eingriff verläuft entweder ganz reaktionslos, oder es tritt eine leichte reaktive Entzündung ein, die bald wieder zurückgeht. Bei vorhandener genügend grosser Perforation genügen einfache Einträufelungen des Mittels. Ausser auf die Hörfähigkeit soll das Verfahren auch günstig auf subjektive Geräusche und Schwindelerscheinungen wirken. Schwabach.

Max, Beitrag zur Casuistik der Ohrmuscheldefekte. Wien. med. Wochenschrift 1896, No. 46.

Bei einem 29jähr. Manne fand Verf. eine kirschkerngrossen Lücke in

der Mitte der oberen Ohrmuschelhälfte (links). Der Defekt ist, nach Angabe des Pat., nicht angeboren, sondern entwickelte sich erst nach dem 2. Lebensjahre im Verlaufe einiger Monate. Der Defekt wurde vom Verf. nach Anfrischung der Perforationsränder durch 3, Knorpel und Haut fassende Nähte geschlossen; es blieb nur eine hanfkorngrosse Lücke zurück. Bezüglich der Aetiologie glaubt Verf., dass man es mit einer ausgeheilten spontanen, trockenen Gangrän (Mumifikation) der Ohrmuschel zu thun habe. Schwabach.

Fr. Savery, Bilateral paralysis of the recurrent laryngeal nerves due to malignant stricture of the oesophagus. With remarks by F. Semon. The Lancet 1896, Sept. 19.

Bei einem 54jährigen Manne mit einer $9^1/_2$ Zoll vom Munde aus befindlichen Striktur der Speiseröhre, offenbar bösartiger Natur, stellte sich plötzlich bei der Nahrungsaufnahme Husten ein. Derselbe kam unmittelbar nach dem Schlucken und rief sofort Ausbrechen der Speisen hervor. Semon diagnosticirte eine doppelseitige Recurrensparalyse und gab den Rat, den Kranken auf die Weise zu ernähren, wie sie Norris Wolfenden bei schmerzhafter Dysphagie empfohlen hat; d. h. horizontal auf die Seite gelagert, den Kopf etwas über dem Bettende hängend und flüssige Nahrung in den unteren Mundwinkel mit einer Krankentasse schlürfend. Das gelang auch in diesem Fall. Die Methode empfiehlt sich auch bei postdiphtherischen Paralysen, ebenso wie bei tuberkulösen und bösartigen Kehlkopferkrankungen. (Ref. kann die Methode gleichfalls sehr empfehlen.)
W. Lublinski.

Janatka, Rhinopharyngolith. Wien. klin. Rundschau 1896, No. 38.

Bei einem 9jähr. Knaben, der in seinem zweiten Lebensjahre einen Fingerhut angeblich verschluckt hatte, stellte sich nach und nach näselnde Sprache, Schnupfen, widerlicher Geruch aus der Nase ein. Bei der Untersuchung des Nasenrachenraums tastet Verf. einen Tumor, der sich bis an die hintere Pharynxwand anlehnt und nach vorn gegen die Choanen eine harte Konsistenz annimmt. Entfernung mit Jurasz'scher Zange. Der Tumor erwies sich als hypertrophische Pharynxtonsille und unter dem Einfluss der Zeit entsprechend veränderter Fingerhut, welcher mit kohlen- und phosphorsauren Salzen besetzt war. Vollständige Heilung.

Fremdkörper im Nasenrachenraum gehörten zu den grössten Seltenheiten; durch sein langes Verbleiben in demselben (8 Jahre) ist dieser Fall besonders bemerkenswert. W. Lublinski.

Hamburg, Ueber die Zusammensetzung der Dr. Rieth'schen Albumosenmilch und deren Anwendung bei Kindern und Erwachsenen. Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 35.

Bei der enormen Kindersterblichkeit in unseren Grossstädten, welche hauptsächlich auf unzweckmässige Nahrung der Säuglinge zurückzuführen ist, ist jedes Präparat, welches ein Ersatz der Muttermilch zu sein verspricht, mit Freuden zu begrüssen. Neben der Schwierigkeit, wirklich sterile Milch als Kindernahrungsmittel auf den Markt zu bringen, welche

Digitized by Google

durch die Zubereitung nach den Vorschriften Soxhlet's überwunden werden kann, war die von der Frauenmilch abweichende Zusammensetzung der einzelnen Präparate stets Anlass zu mancherlei Verdauungsstörungen. Besonders ist die verschiedene Gerinnung des Kuhkaseïns für den Verdauungstraktus der Säuglinge nicht gleichgültig. Um die daraus resultierenden Uebelstände zu umgehen, hat Rieth eine Mischung aus 120 g Kuhmilch, 195 g Sahne, 8 g Hühnereiweiss, 45 g Milchzucker, 0,16 g kohlensaures Natron und 0,07 g Chlornatrium auf 1 Liter hergestellt. Das Hühnereiweiss wird durch Erhitzen im Autoklaven auf 135° C. mit kohlensaurem Natron in ein Alkalialbuminat (Albumose) übergeführt. Diese Milch soll Säuglingen in den ersten Monaten zur Nahrung dienen, und sollen dieselben dabei gut an Körpergewicht zunehmen. Nach einigen Monaten tritt dann ein Zeitpunkt ein, von dem an die Gewichtszunahme sistirt; die alte Gewichtszunahme stellt sich jedoch sofort wieder ein, wenn zu der Rieth-schen Mischung Kuhmilch zugesetzt wird. Infolge dessen hat Rieth ausser der angeführten Mischung, die er mit No. I bezeichnet, eine Milch No. II hergestellt, welche 4 Teile der No. I + 1 Teil Kuhmilch enthält, ferner eine No. III = 1 Teil No. I + 1 Teil Kuhmilch, und eine No. IV = 1 Teil No. I + 3 Teile Kuhmilch. Wann der Uebergang von No. I zu No. II und weiterhin zu einer höheren Nummer erfolgen muss, lässt sich lediglich durch die Wage feststellen; sobald die Gewichtszunahme während mehrerer Wochen zurückgeht, muss eine höhere Nummer verabfolgt werden. Dyspepsien sollen bei Verabreichung dieses Präparates nicht auftreten. Die Milch gerinnt feinflockig wie Frauenmilch, weswegen sie an den Salzsäuregehalt des Magens weniger hohe Anforderungen stellt als die Kuhmilch. Bei zu langer Anwendung der ursprünglichen, stärksten Rieth'schen Milch ist die als Barlow'sche Krankheit beschriebene Erkrankung bei Säuglingen beobachtet worden. Nachdem die Säuglinge Monate lang die Milch gut vertragen und an Gewicht zugenommen haben, entwickelt sich eine auffallende, allmählich zunehmende Blässe der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Das Kind wird unruhig, fängt an zu schreien und es tritt oft Schmerzhaftigkeit und Steifigkeit der Extremitäten auf. Am Zahnfleisch sind skorbutische Veränderungen zu konstatieren. Diese Symptome sind nur durch eine Aenderung der Nahrung zu bekämpfen, indem eine höhere Nummer der Rieth'schen Milch gewählt, oder Kuhmilch gereicht wird; es erholt sich dann der Säugling bald schnell und vollständig. Neben diesem Nachteil soll die Rieth'sche Milch grosse Vorteile bieten, sie soll sich besonders zur Bekämpfung von Magen-Darmaffektionen und Rhachitis eignen, was vielleicht darauf zurückzuführen ist, dass die Kalksalze ebenso gut resorbiert werden wie bei der Frauenmilch, während bei der Kuhmilch 75 pCt. in den Fäces ausgeschieden werden. Ausser zur Ernährung für Säuglinge soll die Rieth'sche Milch auch als Nahrungsmittel bei Kranken und Rekonvalescenten gute Dienste leisten. H. Bischoff.

Rubner, Ueber die Permeabilität der Kleidungsstoffe. Arch. f. Hyg. 1896. Bd. XXVII. S. 249—263.

Seine zahlreichen experimentellen Versuche über die Kleidungsstoffe

hat Verf. dadurch ergänzt, dass er die Permeahilität der Stoffe festgestellt hat, da diese von hohem Einfluss auf die Güte der Kleidung ist. Entgegen früheren Versuchen, hei welchen Luft durch Stoffe gepresst worden war, hat R. die Versuchsanordnung so geändert, dass er die Luft durchsaugte, weil die durch eine Gasuhr gegangene Luft mit Wasserdampf gesättigt ist, also die Stoffe mit hygroskopischem Wasser his zur Sättigung belädt, wodurch das Volumen der Stoffe verändert wird. Der Druck, unter dem die Luft durchgesaugt wurde, war 0,42 mm Wasserdruck, entsprechend dem Druck der sogenannten Windstille im Freien. Die Zeiten, welche erforderlich sind, um eine bestimmte Menge Luft durch die Stoffe hindurchtreten zu lassen, sind hei den gewählten, den natürlichen Verhältnissen entsprechenden Grenzen, proportional der Dicke der Stoffe. R. musste daher, um Vergleichszahlen zu erhalten, anf 1 mm Dicke berechnen. Es stellte sich nun heraus, dass vor allem der Anfbau der Gewebe ausschlaggebend war, also das spezifische Gewicht. Allein es kommt noch eine weitere Eigentümlichkeit der Bearheitung in Betracht, das ist die Art des Fadens, welcher das Gewehe anfbaut. Zum Vergleich der verschiedenen Stoffe hat R. dann einen Permeahilitätskoëffizienten eingeführt, worunter er die Zeit versteht, welche notwendig ist, um durch 1 qcm Fläche und eine 1 cm dicke Schicht 1 ccm Luft bei gegehenem Drucke, in seinem Falle 0,42 mm Wasserdruck, hindurchzulassen. Die Koëffizienten sind sehr verschieden; das Minimum zeigt Baumwolltrikot mit 0,3, das Maximum Seide mit 81,5 Sek. H. Bischoff.

The antitoxin treatment of diphtheria in private praxis. Report to the American pediatric society on 5000 cases. Brit. med. Journ. 1896. No. 1853.

Die Gesammtzahl der hehandelten Kranken betrug 5794, von diesen starhen 713 = 12,3 pCt. Bei diesen sind 218 mitgerechnet, welche zur Zeit der Injektion morihund waren, ohne diese beträgt die Mortalität 8,8 pCt. Die Mortalität war um so geringer, je früher die Injektion gemacht wurde. Von denen, welche am ersten Tage in Behandlung kamen, starben 4,9 pCt., am 2. Tage 7,4 pCt., am 3. Tage 8,8, am 4. Tage 20,7, am 5. Tage und später 35,3 pCt. Dagegen hetrug aus dem Jahre 1894 die Mortalität für die Kranken, welche am 1. Tage in Behandlung kamen, 22,5 pCt., am 2. Tage 27,0 pCt., am 3. Tage 29,4 pCt., am 4. Tage 31,6 pCt., am 5. Tage uud später 30,8 pCt. In 3 Fällen können die Injektionen heschuldigt werden, den Tod heschleunigt oder hewirkt zu haben: ein Mädchen von 16 Jahren mit Tonsillardiphtherie starb 10 Minuten nach der Injektion in Konvulsionen; hei einem Knahen von $2^1/_2$ Jahren mit Diphtherie der Tonsillen, des Pharynx und der Nase stieg nach der Inlnjektion die Temperatur an, der Urin enthielt Eiweiss und das Kind starb 4 Tage nach der Injektion infolge Herzschlag; bei einem Knaben von $3^1/_2$ Jahren verschlimmerten sich 14 Stunden nach der zweiten Injektion die Nierensymptome. (Diese drei Fälle können kaum dem Serum zur Last gelegt werden, hei dem ersten könnte vielleicht ein Kunstfehler hei der Injektion vorliegen. Ref.) H. Bischoff.

Digitized by Google

Grimbert, Sur un milieu d'Elsner artificiel. Compt. rend. de soc. etc. 1896, No. 27.

G. hat den nach den Elsner'schen Vorschriften hergestellten Extrakt aus Kartoffeln einer Analyse unterworfen und festgestellt, in welchem Verhältnis die einzelnen Bestandteile darin enthalten sind, um durch Hinzufügen dieser Stoffe zur Gelatine einen chemisch stets gleichen Nährboden zu erhalten. Auf diesem Nährboden sollen die Typhuskolonien kleiner sein, als auf dem Elsner'schen, sich langsamer entwickeln und erst am dritten Tage sichtbar werden. Sie sollen ihre Formen fast unbegrenzt bewahren und sich leicht von Colikolonien isoliren lassen. G. will mit diesem Nährboden ausgezeichnete Resultate erzielt haben bei der Isolirung der Typhuskolonien sowohl aus Stühlen, wie aus künstlichen Gemischen. Das Rezept für den Nährboden lautet:

Destillirtes Wasser . . .	1000,0	Kaliumsulfat	2,0
Maltose	1,0	Magnesiumsulfat	2,0
Lösliche Stärke	2,0	Apfelsaures Ammonium . .	2,0
Asparagin	2,0	Magnesiumcarbonat	1,0
Neutrales Kaliumphosphat	2,0		

Dazu 15 pCt. Gelatine und zu 9 ccm 1 ccm 10proc. Jodkaliumlösung.

H. Bischoff.

P. Rosenberg, Ueber Wirkung des Formaldebyds in bisher nicht bekannten Lösungen. Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 39.

R. hat eine 60proc. methylalkoholische Lösung des Formaldehyds, das Holzin, angewandt. Dasselbe soll den Vorzug haben, dass eine Polymerisation nicht eintritt, sondern alles Formaldehyd verdunstet. Um die Reizung der Schleimhäute zu beseitigen, hat R. das Holzin mit Menthol versetzt, welche Lösung er Holzinol nennt. Dieses soll sich gegen Keuchhusten gut bewährt haben. Sodann hat er eine mit Formaldehyd gesättigte Milchzuckerlösung, das Sterisol, hergestellt, welches sich zu innerlichem Gebrauche eignen soll. R. begann bei sich selbst mit 0,015 Formaldehyd, stieg bis 0,06, ohne dass er eine schädigende Wirkung spürte. Der Urin war darnach 4 Tage formaldehydhaltig und blieb, wenn er durch Zusatz von Pepton zu einem Nährboden hergerichtet wurde, nach Besäen mit Typhusbacillen dauernd steril. R. hat dieses Sterisol bei Tuberkulose, Erysipel und Diphtherie angeblich mit gutem Erfolge angewandt und hofft von demselben viel bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten, worüber er eine ausführliche Publikation in Aussicht stellt. H. Bischoff.

R. Stern, Ueber Vorkommen, Nachweis und diagnostische Bedeutung der Milchsäure in Mageninhalt. Fortschr. d. Med. 1896. No. 15.

Seine Untersuchungsergebnisse fasst St. in folgende Sätze zusammen:

1. Für die klinische Untersuchung auf Milchsäurebildung ist die Uffelmann'sche Reaktion — namentlich mit den Modifikationen von Kelling oder Strauss — ausreichend, wenn die Prüfung nach einem Ewald'schen Probefrühstück vorgenommen wird. Nötigenfalls muss vor Einführung des Probefrühstücks der Magen ausgewaschen werden. Die Ein-

führung einer absolut milchsäurefreien Nahrung (Boas' Hafermehlsuppe) und die Anwendung komplizierter Methoden zum Milchsäurenachweis (Boas' Mischungsmethode) sind für die Praxis nicht notwendig.

2. Unter normalen Verhältnissen findet nach Einführung eines Ewald-schen Probefrühstücks eine irgendwie erhebliche, durch das Uffelmann-sche Reagens nachweisbare Milchsäurebildung im Magen nicht statt. [Hierzu sind vielmehr hochgradige Herabsetzung der HCl-Sekretion und Stagnation (wahrscheinlich auch eine erhebliche Schädigung der Resorption) notwendig.

3. Diese Bedingungen finden sich am häufigsten beim Magencarcinom erfüllt. Daher ist auch bei dieser Krankheit in der Mehrzahl der Fälle reichliche Milchsäurebildung nachweisbar. In zweifelhaften Fällen kann dieses Moment von diagnostischer Bedeutung sein. Doch ist Milchsäurebildung keineswegs ein spezifisches Zeichen des Magencarcinoms, vielmehr kann sie einerseits in Fällen von Carcinom vermisst werden und kommt andererseits zuweilen auch bei anderen Krankheitszuständen vor, in denen die oben erwähnten Bedingungen erfüllt sind. C. Rosenthal.

A. Dobrowsky, Beitrag zur Frage der Anwendung des Thyreoidins in der Kinderpraxis. Archiv f. Kinderheilk. Bd. 21. S. 54.

Verf. verwandte das Thyreoidinum siccatum (Merck), das in Tabletten à 0,35 g hergestellt ist; Kinder im Alter unter 2 Jahren erhielten die erste Woche hindurch täglich $^1/_2$—1 Tablette, später 1—2 Tabletten, grössere Kinder nahmen die erste Woche 1—2 Tabletten, die nächstfolgenden Wochen 3—4 Tabletten pro die durch mindestens 3 Wochen, gewöhnlich jedoch durch 3—4 Monate. — Behandelt wurden 9 Fälle mit Struma, 8 mit Prurigo, 1 Fall mit Fettleibigkeit, 12 Fälle mit psychischen Entwicklungshemmungen. — In Bezug auf die Wirkungen des Thyreoidins bei Kindern macht Verf. folgende Angaben: Das Thyreoidin bewirkte auch bei Kindern (gesunden und kranken) eine mehr oder minder beträchtliche Körpergewichtsabnahme; der Gewichtsverlust erreichte sein Maximum in der 4. Behandlungswoche und schwankte zwischen 0,50—$3^1/_2$ kg. Nach dem Aussetzen des Mittels tritt innerhalb 1—2 Wochen Körpergewichtszunahme ein. — Bei mit Struma (parenchymatosa) behafteten Kindern bewirkt das Thyreoidin eine sehr beträchtliche Verkleinerung, nicht aber ein gänzliches Verschwinden der Anschwellung; die Wirkung des Mittels ist schon nach 2—3 Tagen kenntlich und erreicht ihr Maximum in 3 Wochen. Die Halsumfangabnahme betrug bei den Beobachtungen des Verf.'s 1—4 cm. — Tachykardie trat bei allen Kindern ausnahmslos auf — und zwar schon an den der Darreichung nächstfolgenden Tagen — ohne jede subjektive Empfindung. Die Tachykardie dauert während der ganzen Zeit der Darreichung an und schwindet mit dem Aussetzen des Mittels. — Rasch und sehr günstig beeinflusst das Thyreoidin die Prurigo (Hebra) der Kinder, indem das Hautjucken aufhört und die pruriginösen Knötchen sich zurückbilden. Der Erfolg trat in allen Fällen innerhalb weniger Tage ein. Kein Fall blieb aber nach dem Aussetzen des Mittels von Recidiv verschont; das Recidiv trat in 1—13 Wochen auf. Neuerliche Darreichung der Thyreoidintabletten hat abermalige Besserung zur Folge. — Die Thyreoidin-

Digitized by Google

fütterung von idiotischen und kretinenhaften Kindern war nur von ganz unerheblichem Erfolge; nur in 2 Fällen trat (unter 12 Fällen) eine Besserung der Kopf- und Körperhaltung ein und bei einem Falle sogar eine Zunahme der Intelligenz. Ein Recidiv trat in diesem Falle nach dem Aussetzen des Mittels nicht ein. — Einen Einfluss auf die Blutbeschaffenheit konnte Verf. von der Anwendung des Thyreoidins nicht konstatieren. Nahezu konstant waren die Diurese und das Durstgefühl, sowie die P_2O_5-Ausscheidung während der Kur vermehrt. Indikan war im Harne stets nachweisbar, oft vermehrt. Albuminurie und Glykosurie wurden nicht beobachtet. — Bei vorsichtiger Darreichung (allmählich steigend) erweist sich das Mittel als ungefährlich bei Kindern, wenn man den Zustand des Herzens zu überwachen nicht unterlässt (Idiosynkrasie); bedeutende Irregularität der Herzaktion fordert zum sofortigen Aussetzen des Mittels auf. In den meisten Fällen tritt während einer Kur keine unangenehme Nebenerscheinung auf. Stadthagen.

A. Johannessen, Bemerkungen über die Behandlung atrophischer Kinder in der Couveuse. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd 41. S. 300.

Verf. berichtet über die Erfolge, die er bei 10 atrophischen Kindern, welche er in einer von Odile Martin konstruirten Couveuse behandelte, erzielt hat. Die Kinder standen im Alter von 5—20 Tagen, nur 3 waren älter, das älteste 3 Monate; 6 der atrophischen Kinder waren Frühgeburten, bei 7 fanden sich Zeichen ererbter Syphilis. In der Mehrzahl der Fälle war die Temperatur niedrig, bis herab zu 34,5° C.; ausserdem bestanden Cyanose, Sklerem und oft Verdauungsstörungen. Die Temperatur in der Couveuse wurde im Allgemeinen auf 30° C. eingestellt, bei einigen älteren Kindern auf 25—26° C., die Luftfeuchtigkeit wurde etwas über dem Normalen erhalten. — Im Allgemeinen ergab sich Folgendes: Im Anfang kann bei der Behandlung in der Couveuse eine nicht unbedeutende Zunahme des Gewichts und Erhöhung der Körpertemperatur stattfinden, sodass nach $^1/_2$ bis 1 Monat das Resultat scheinbar ein sehr günstiges ist. Aber beobachtet man die Kinder genügend lange Zeit, so zeigt sich doch, dass ernstliche Symptome zum Vorschein kommen, theils von der Lues, theils vom Verdauungskanal ausgehend. Die Temperatur der Kinder dauernd zu erhöhen, oder die Cyanose zu beseitigen, gelingt nicht. Die Erfahrung zeigt vielmehr, dass die grösste Gefahr für diese lebensschwachen Kinder von der künstlichen Ernährung droht. Bisweilen gelingt es durch Ernährung an der Brust die Kinder am Leben zu erhalten. Gute Erfolge lassen sich in manchen Fällen von der Anwendung der Couveuse neben der Darreichung von Muttermilch erhoffen. Stadthagen.

A. Högerstedt und **M. Nemser,** Ueber die krankhafte Verengerung und Verschliessung vom Aortenbogen ausgehender grosser Arterien. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 31. Heft 1 u. 2.

Bei 3 zur Obduktion gelangten Fällen hochgradiger Sklerose im Aortensystem fanden die Verff. einmal den Ursprung der linken Art. subclavia, zweimal den der Art. anonyma stark verengt; in einem der letzteren Fälle war das Lumen der Anonyma in ihrem weiteren Verlauf sowie das der

rechtsseitigen Subclavia, Brachialis, Radialis und Ulnaris vollständig verwachsen, sodass diese Gefässe zu soliden Strängen umgewandelt waren, während die Carotis dextra ein völlig normales Lumen behalten hatte; aus letzterer Ursache (offenbar durch Anastomosenbildung zwischen beiden Karotiden veranlasst) war intra vitam der Gedanke an eine Obliteration der Anonyma überhaupt nicht aufgekommen. — Abweichend von Quincke heben Verff. die Seltenheit solcher Gefässverschlüsse hervor. Sehr auffallend ist das seltene Vorkommen tieferer Funktionsstörungen; selbst geringe Aenderungen, wie Kühle und leichtes Eingeschlafensein der betroffenen Extremität, wurden in der Regel vermisst, sogar in Fällen, in denen die klinische Geschichte auf eine plötzliche Entstehung der dauernden Gefässverlegung schliessen liess. — Abgesehen von ganz ausnahmsweisen Ursachen (Traumen; Kompression durch ein Oesophaguscarcinom, durch ein Aneurysma des Aortenbogens u. dergl.) kommt ätiologisch vor Allem die Sklerose der Gefässwände in Betracht; sie hat aber nur eine vermittelnde Wirkung, während die Hauptrolle beim Verschluss der Gefässursprünge der Thrombose zufällt; bei den Karotiden tritt — dank ihrer weniger exponirten Lage — ein solcher Verschluss wahrscheinlich erst dann ein, wenn die Aortenwand in der Umgebung ihrer Abgangsstellen der stärkeren Schädigung durch circumskripte Aneurysmabildung unterworfen wird. — Im Anschluss hieran besprechen Verff. die in pathogenetischer Beziehung noch nicht endgiltig entschiedene Frage von der ausgedehnten Obliteration grosser Arterien vorzüglich an den unteren, seltener an den oberen Extremitäten. Klinisch findet sich meist schleichendes, von der Peripherie entlang den grossen Gefässen centralwärts gerichtetes Fortschreiten; streng an das betroffene Gebiet gebundene subjektive Beschwerden; Umwandlung der erkrankten Arterien zu soliden strangförmigen Gebilden; circulatorische Ausfallserscheinungen, die bis zum Bilde der Gangrän fortschreiten können. In einem Teile dieser Fälle handelt es sich sicherlich um hochgradige Arteriosklerose mit autochthoner Thrombose; ob es ausserdem zu einer Verengerung resp. Verschliessung grosser Arterien des Stammes und der Extremitäten infolge syphilitischer Endarteriitis kommen kann, das lassen Verff. unentschieden. Perl.

G. Dieballa, Beitrag zur Therapie der progressiven perniciösen Anämie. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 81. Heft 1 u. 2.

Nach Ansicht des Verf. kann man mit der grössten Wahrscheinlichkeit annehmen, dass wenigstens ein Teil der Fälle von perniciöser Anämie eine infektiöse Krankheit ist, deren bisher unbekannter Erreger wahrscheinlich im Darm nistet und entweder direkt oder durch seine Produkte indirekt von hier aus auf das Blut eine zerstörende Wirkung ausübt. In einem Falle des Verf.s, der einen 50jährigen Arbeiter betraf, und in dem die verschiedensten sonst empfohlenen Mittel vergeblich zur Anwendung gelangten, trat unter der längere Zeit fortgesetzten Darreichung von Salol in jeder Beziehung eine erhebliche Besserung ein; die letzte Blutuntersuchung ergab schon beinahe ganz normale Werthe. Verf. ist der Ansicht, dass durch das Salol die eigentliche Ursache der Krankheit im Darmtractus vernichtet wurde. Perl.

Digitized by Google

K. H. v. Wellenhof, Ueber den therapeutischen Wert und die Anwendungsweise des Digitoxins bei Herzkranken. Wiener klin. Wochenschr. 1896. No. 42.

Die Versuche, die sich auf 59 Patienten erstrecken, wurden mit dem Merck'schen Digitoxinum crystallisatum ausgeführt; die Anwendung geschah per os, in Form subkutaner Injektion oder per clysma; von der Methode der intravenösen Injektion wurde, als nicht ungefährlich, Abstand genommen. Zur Darreichung per os wurden die von Merck hergestellten Tabletten zu $^1/_4$ mg Digitoxin benutzt, diese Anwendungsweise aber wegen heftiger gastrischer Reizerscheinungen schon nach dem dritten Versuch aufgegeben. Die in 37 Fällen ausgeübte Methode der subkutanen Injektion bewährte sich im Ganzen gut. Benutzt wurde eine Lösung: Digitoxin. cryst. 0,01, Aqu. destill. 15,0, Alcohol. absol. 5,0; hiervon wurden 1—2 Spritzen, pro die höchstens 4 Spritzen appliziert. Die Injektionen verursachen stets einen brennenden Schmerz, der aber meistens nach kurzer Zeit nachlässt; in einem Fall trat ein haselnussgrosser Abscess, in einem anderen ein schnell vorübergehendes Oedem auf. Bei der Anwendungsweise per clysma wurden von einer Lösung: Digitoxin. 0,01, Alcohol. absol. 5,0, Aqu. dest. 95,0 10 g einem 100 g enthaltenden Wasserklystier zugesetzt und pro die 1—2 solcher Klysmen verabreicht. Vergleicht man die Injektionsmethode mit der Anwendungsweise per clysma, so ergiebt sich, dass erstere schmerzhafter ist und leichter gastrische Reizerscheinungen hervorruft, aber schneller wirkt, als letztere, bei der übrigens nicht selten Diarrhoen auftreten. Am besten beginnt man in schweren Fällen mit 1—2 Injektionen und wendet späterhin Klysmen an. Die Indikationen für die Anwendung des Digitoxins sind im Ganzen dieselben, wie für Digitalispräparate überhaupt. Was nun die Wirkung des Digitoxins betrifft, so versagte das Mittel nur in sehr wenigen Fällen, sonst war fast regelmässig eine schnelle und sichere Wirkung zu verzeichen. Die Wirkung auf den Puls trat bei subkutaner Injektion mitunter schon nach 6 Stunden auf und zeigte sich zunächst in einem Grösserwerden und einer Zunahme der Spannung des Radialpulses; hieran schloss sich eine Abnahme der Frequenz. Was die Form des Pulses anlangt, so wurde wiederholt konstatiert, dass eine ursprünglich vorhandene und ausgeprägte Dikrotie unter der Digitoxinbehandlung geringer wurde oder selbst ganz verschwand; es weist dies auf eine Erhöhung der Gefässspannung durch das Mittel hin. Arythmie und Ungleichheit des Pulses besserten sich zwar häufig, aber nicht regelmässig. Dagegen war eine konstante Erscheinung der günstige Einfluss auf Dyspnoe und Oppressionsgefühl. Eine regelmässige Wirkung des Digitoxins zeigte sich fernerhin bei der Harnausscheidung: die Diurese stieg, mitunter sehr beträchtlich, das spezifische Gewicht sank. Stanungsalbuminurie, selbst hochgradige, verschwand in mehreren Fällen, dagegen war ein auffälliger Einfluss des Mittels auf die Menge der Eiweissausscheidung bei Nephritikern nicht zu konstatieren. Vorsicht erfordert die Anwendung des Digitoxins bei Kindern, kontraindiziert ist es bei hochgradigen Magendarmstörungen. Verf. giebt zum Schluss seiner Arbeit eine ausführliche Kasuistik mit zahlreichen, sorgfältig ausgeführten Pulskurven. K. Kronthal.

G. Rosenfeld, Zur Diagnose und Therapie der Uratdiathese. Centralbl. f. inn. Med. 1895. No. 28.

Während bisher bei Harnsäurenntersuchungen der Hauptwert auf die Bestimmung der Acidität des Harns und der Gesammtharnsäuremenge gelegt wurde, trat R. der Frage näher, wieviel Harnsäure sich in steinbildungsfähigem Zustande in den Harnwegen befinde. Um die Menge dieser „primär ungelösten Harnsäure" zu bestimmen, wandte R. eine neue, im Original eingehend beschriebene Methode an, die im Wesentlichen darauf beruht, dass die Patienten den Urin direkt auf ein Faltenfilter entleeren. Es zeigte sich hierbei, dass beispielsweise in einem Falle 66 pCt. der Gesammtharnsäuremenge den Körper ungelöst verliessen. R. benutzte nun auch weiterhin seine Untersuchungsmethode, um festzustellen, wie gewisse Medikationen auf die Menge dieser primär ungelösten Harnsäure wirkten; er fand, dass besonders Harnstoff und kohlensaures Ammon diese Menge wesentlich verringerten, so dass diese Mittel, zumal da ihre Anwendung keinerlei Beschwerden verursacht, möglicherweise berufen sind, in der Prophylaxe der Steinbildung eine wichtige Rolle zu spielen.

H. Kronthal.

P. Bailey, The effect of early optic atrophy upon the course of locomotor ataxia. Med. Rec. 1896. Nov. 14.

In 9 von 12 Fällen von Tabes, welche mit Optikusatrophie einsetzten, zeigte diese einen hemmenden Einfluss auf die Entwickelung der Schmerzen. Diese traten entweder überhaupt nicht auf, oder waren mässig oder wurden mit dem Beginn der Optikusatrophie geringer. — In dreien dieser 9 Fälle kam es nicht zu Ataxie, wohl aber in den übrigen, wo sie sogar bei einigen recht ausgeprägt war.

Drei Fälle erwiesen aber klar, dass die Tabes sich trotz des Beginns des Leidens mit Optikusatrophie in ganz charakteristischer Form ausbilden kann.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

In 57 pCt. der Tabesfälle, bei denen Optikusatrophie das erste Symptom war, erscheinen die anderen Symptome spät oder gar nicht. Dies gilt besonders von den lancinierenden Schmerzen und der Ataxie. Die Patellarreflexe fehlen.

Es kann aber auch sein, dass die schlimmsten Erscheinungen sich mit der Sehnervenatrophie gleichzeitig entwickeln oder auf die Blindheit folgen. Die Verbindung von Sehnervenatrophie und Augenmuskellähmung ist diagnostisch ohne Bedeutung. Am ehesten dürfte die Frage durch eine lange Zeit fortgesetzte Beobachtung solcher Patienten ihre Beantwortung finden, bei welchen das Leiden mit der Sehnervenatrophie einsetzte.

Bernhardt.

L. Minor, Klinische Beobachtungen über centrale Hämatomyelie. Archiv für Psychiatrie etc. XXVIII. H. 1.

M. teilt drei neue Fälle von centraler Hämatomyelie (ohne Sektionsbefund) mit und bereichert auf diese Weise die Kasuistik, zu der er bereits viel beigetragen hatte. — Im ersten Falle lag nach Trauma eine akut ent-

Digitized by Google

standene Rückenmarksaffektion vor, ohne sichtliche Beteiligung des Knochenskeletts, und zwar in der Höhe des Austrittsgebietes der Wurzelfasern des M. splenius capitis, levator scapulae, Serratus einer Seite und der unterhalb gelegenen Muskeln beider Oberextremitäten (4.—5. Hals- bis zur 1. Dorsalwurzel). Im Bereich der Armcentren hatte der Prozess nur die Vorderhörner betroffen, weiter abwärts waren auch die Hinterhörner mitergriffen (Thermoanästhesie und Analgesie). Nach 2 Monaten trat fast völlige Heilung ein bis auf eine Schwäche und Atrophie in den Händen. — Im zweiten Falle handelte es sich um eine akute, unmittelbar nach einem Sturze zur Entwicklung gekommene Affektion einer Rückenmarkshälfte mit geringfügiger Beteiligung der entgegengesetzten Seite (rechter Arm) mit Brown-Sequard'schem Anordnungstypus der Lähmungen und der Sensibilitätsstörungen; es bestand eine dissociierte Empfindungslähmung. Der Hauptherd lag in der Höhe der Centren für die Mm. extensor digit. communis, M. supinator, Extensor carpi ulnaris, Interossei (6.—7. Wurzel), da in diesen Muskeln die elektrische Erregbarkeit herabgesetzt war. Auffallend im Verlaufe war der Verlust des Kniereflexes auf der dem Blutaustritt entsprechenden Seite und die Herabsetzung desselben auf der anderen Seite. — Bei dem dritten Kranken war das Blut in die Vorder- und Hinterhörner des Cervikalteils des Rückenmarks (im Niveau der 6. bis 8. Hals- und 1. Brustwurzel) ergossen; auch am Sympathicus bestanden Störungen, Hemihyperhidrosis und Verengerung der Lidspalte. — Als Haupttypen der centralen Hämatomyelie betrachtet M. 1) diejenige mit Brown-Sequard'schem Anordnungstypus der Anästhesie, 2) diejenige beider Hälften der grauen Substanz mit Atrophie ohne Anästhesie in den Armen, dagegen Parese ohne Atrophie und mit syringomyelitischer Dissociation der Sensibilität an Rumpf und Beinen; 3) diejenigen Fälle, in denen das Gebiet der Atrophie mit demjenigen der Thermoanästhesie und Analgesie zusammenfällt. Hierbei ist trotz des akuten Beginns eine Verwechslung der centralen Hämatomyelie mit centraler Gliose möglich. — Neben diesen Typen kommen kombinierte Formen vor.

S. Kalischer.

F. Benoit, Troubles du Nerf Trijumeau au Cours des Paralysies Oculo-Motrices. Revue de Médecine. 1895. No. 7 et 8.

B. konnte ausser drei eigenen Beobachtungen 81 Fälle aus der Litteratur feststellen, in denen neben Augenmuskellähmungen resp. Ophthalmoplegien der N. trigeminus resp. sein Kern mitbetroffen war. Die Aetiologie dieser Fälle ist unklar; nur in 23 Fällen ist dieselbe angegeben und zwar sind 11 von diesen Fällen solche von Poliencephalomyelitis. In 17 Fällen der syphilitischen Augenmuskellähmungen war das Trigeminusgebiet mitbetroffen. In 9 Fällen lag ein Trauma, in 11 Tabes vor. Herdsymptome bestanden mehrfach und zwar 5 mal Krebs, 4 mal Tuberkulose, 5 mal Hirntumoren. In anderen Fällen handelt es sich um Basedow'sche Krankheit, um multiple Sklerose, um progressive Paralyse. Was den Sitz anbetrifft, so waren in drei Fällen Läsionen der Orbita, in 19 solche an der Schädelbasis (8 Tumoren, 3 Knochenaffektionen, 3 Meningitiden, 3 Schädelbasisfrakturen, 2 Gefässerkrankungen). In 4 Fällen bestand eine peripherische

Neuritis, in 11 Tabes, in 16 diffuse bnlbäre Erkrankungen, in 18 systematisierte Bnlbärerkrankngen und in 14 Fällen mannigfache Erkrankungen des Centralnervensystems. — Von den 4 neuen Beobachtungen wird in einem eine basale Meningitis, in dem anderen eine syphilitische Neuritis und in dem dritten eine bulbäre Kernerkrankung angenommen. Der vierte Fall war nnbestimmter Natur. — Im Ganzen will B. drei Typen von der Kombination der Augenmuskellähmung mit Trigeminusaffektionen unterscheiden; den basilaren Typus, den nnklearen Typns mit diffuser Ausbreitung und drittens den „motorischen Typus", der durch die Affektion der ganzen grauen motorischen Kernsäule des Hirnstamms und Rückenmarks ausgezeichnet ist und die Sensibilität ungestört lässt. S. Kalischer.

F. X. Dercum, Two Cases of „Railway-Spine" with Autopsy. Journal of Nervous and Mental Disease. 1895, August.

D. berichtet über zwei zur Sektion gekommene Fälle von „Railway-Spine". In beiden trat der Tod erst Jahre lang nach dem Bestehen des Leidens ein. Der erste zeigte neben den gewöhnlichen Symptomen der traumatischen Neurasthenie Spasmen und Tremor der Muskeln des Rumpfes und des Rückens bei Steigerung der Sehnen- und Muskelreflexe, häufigen Urindrang, allgemeine Schwäche etc. Die Sektion, wie die eingehende mikroskopische Untersuchung konnten keinerlei Störungen und Veränderungen des Nervensystems nachweisen. Die kleineren Gefässe wie das Bindegewebe waren ebenso wenig verändert, wie die Nervenzellen und Fasern. Ebenso negativ war der mikroskopische Befund im zweiten Falle, obwohl hier Schluckbeschwerden, leichte Atrophie der Znnge und Facialisschwäche neben den gewöhulichen typischen Symptomen vorhanden waren. Auch für eine mässige Atrophie der Schnltern und des Beckengürtels und für die Hemianalgesie und Hemi-thermo-anästhesie fand sich in Rückenmark und Mednlla oblongata keine Veränderung und sichtbare Ursache. Die beiden Befunde weisen auf die funktionelle Natur derartiger Leiden hin, wenn auch feinere Veränderungen der Strnktur der Nervenzellen vielleicht bei der Untersuchung entgehen können. Verf. selbst glaubt, dass eine bessere Technik dieselben später wird aufdecken können.

S. Kalischer.

F. Pineles, Die Veränderungen im Sakral- und Lendenmarke bei Tabes dorsalis, nebst Bemerkungen über das dorsomediale Sakralbündel. (Arbeiten aus dem Prof. Obersteiner'schen Institut. Heft 4. 1896. Wien und Leipzig. Deuticke.)

Der Verf. untersuchte anatomisch einen Fall von Tabes, bei dem die Hinterstrangserkrankung lediglich das Sakral- und Lnmbalmark betraf. Er fand in diesen nnteren Rückenmarkssegmenten zwei Zonen, die nicht erkrankt waren (ventrales Hinterstrangsfeld und hintere mediane Zone am Septum). Bei dem Studium der höheren Segmente ergab sich, dass das obere Lenden- und untere Dorsalmark von jeglicher Erkrankung der Wurzeleintrittszone frei war. Die sakralen Bahnen liessen sich entsprechend den Befnnden nach experimenteller Wnrzeldurchschneidung bis nach oben

verfolgen. Zu ihren Degenerationsfeldern gesellten sich neue, die dem erkrankten Wurzelgebiet des mittleren Dorsalmarks entsprechen. Der Verf. untersuchte noch 8 Fälle von Tabes aus sehr späten Stadien. Er fand das ventrale Hinterstrangsfeld immer unversehrt und auch das Bündel am Septum, welches nicht erkrankt war, zog sich bis ins obere Lendenmark hin und verlor sich dort. Diese beiden Felder haben deshalb keinen Zusammenhang mit den hinteren Wurzeln, sie enthalten endogene Fasern. Die Tabes aber stellt sich auch nach diesen Untersuchungen als eine Wurzelerkrankung heraus, welche das Rückenmark segmentär befällt.

M. Brasch.

E. Redlich, Ueber die polyneuritischen Psychosen. Wiener klin. Wochenschrift 1896, No. 25—27.

I. Die 30jährige Patientin, welche dem Alkoholmissbrauch ergeben war und an Verdauungsstörungen litt, erkrankte an den Zeichen einer mittelschweren Polyneuritis. Erst im Krankenhause kam sie in einen Zustand von Verwirrtheit, der bald vorüberging. Die Neuritis gab sich durch Parästhesie, Hypästhesien, motorische Schwäche, Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und Herabsetzung der Patellarreflexe kund. Die psychischen Erscheinungen waren bereits abgeklungen, als die Kranke in des Verf.'s Beobachtung kam, doch bestand eine grosse Gedächtnisschwäche, welche sich nicht nur auf die Zeit der Verwirrtheit und eine Periode vor Ausbruch derselben zurückerstreckte, sowie sich auch auf das Festhalten neuer Eindrücke bezog. Auch vielfache Erinnerungsfälschungen waren zu konstatiren. Da ähnliche Amnesien nach Wiederbelebung Erhängter und nach CO-Vergiftungen bekannt geworden sind, wobei man an gewisse Veränderungen materieller Natur in der Hirnrinde denken kann, so hat R. diese Bedingungen auf Experimente an Meerschweinchen übertragen, aber mit negativem Erfolge.

II. 47 Jahre alter Patient war Alkoholist und verfiel in ein Delirium alcoholicum. Aus diesem ging er in einen Zustand grösserer Klarheit über, der aber noch von allerhand hallucinatorischen Phasen unterbrochen war. Die Gedächtnisschwäche dieses Falles scheint dem Ref. keine „typische" zu sein — wenigstens ist aus der Krankengeschichte nichts anderes zu entnehmen, als dass es sich um ein Alkoholdelirium mit schwerer alkoholischer Neuritis handelt. M. Brasch.

---

1) **C. E. Langner,** Zur Diagnose und Therapie der hysterischen Stummheit (Apsithyrie). Arch. f. Laryngol. II. H. 3.

2) **P. Pansier,** La chromatopsie des hystériques. Annales d'oculistique. 1895, Sept.

3) **E. Berger,** Du larmoiement hystérique. Progrès méd. 1895, Oct. 5.

1) Es handelt sich um einen Artilleristen, der mit zunehmender Heiserkeit erkrankte, trotzdem unter grossen Anstrengungen weiterkommandirte, bis nach erfolgloser lokaler Behandlung gelegentlich einer Faradisation des Kehlkopfs ein Krampfanfall erfolgte und Stimme und Sprache vollständig verloren gingen. Pat. verständigte sich schriftlich, er brachte keinen Laut

hervor und war nicht im Stande, die Lippen zum Sprechen in Bewegung zu setzen. Bei der Untersuchung zeigte sich, dass durch Mitwirkung der Bauchpresse die Stimmbänder zum Schlusse zu bringen waren und dieses Mittel benutzten Gottstein und Kayser, aus deren Poliklinik der Fall berichtet wird, zur Ausbildung einer Erziehungsmethode, bei welcher der Kranke zum Gebrauch der Bauchpresse unter Selbstbesichtigung der Stimmritze angeleitet wurde. Allmählich lernte er mit, dann ohne Presse phoniren, die einzelnen Vokale hervorbringen und sie endlich mit Konsonanten verbinden. Später trat nach einem 4wöchentlichen Wohlbefinden plötzlich Aphonie auf. Dieselbe wurde durch Uebungen, Zureden und Kompression beseitigt. Es folgten zwei Jahre dauernden Wohlbefindens.

2) Der Verf. unterscheidet zwei Formen von hysterischer Dyschromatopsie: die manifeste, welche in der Blindheit für eine oder mehrere Farben besteht, und die latente, welche darin besteht, dass die physiologische Reihenfolge für die Empfindlichkeit der Netzhaut für die einzelnen Farben verloren geht. Er bekämpft die Theorien von der Entstehung der hysterischen Amblyopien und Dyschromatopsien, wio sie von verschiedenen Autoren aufgestellt worden sind, besonders die Ansicht von Knies, welcher als den Ort der Entstehung des Foramen opticum angiebt, und giebt zum Schlusse die Krankengeschichten zweier Patienten, von denen der eine an einer luetischen Erkrankung, der andere an einer Hemiplegie organischen Ursprungs litt: beide zeigten Gesichtsfeldstörungen, welche denen der Hysterischen glichen, beide litten sicher an einer cerebralen Erkrankung. In die cerebralen Centren verlegt der Verf. daher auch die Entstehung der Gesichtsfeldsanomalien hysterischen Ursprungs.

3) Der Verf. teilt mehrere Fälle von hysterischem Thränenträufeln mit. Er hebt hervor, dass diese Manifestation der Hysterie zwar bekannt sei, dass aber trotzdem die hysterische Natur dieses häufigen Leidens oft verkannt werde. Gewöhnlich bringt die Neurose im Bereich des Sehorgans und seiner Nebenorgane gleichzeitig noch andere Störungen hervor: Blepharospasmus, Einengung des Gesichtsfeldes, Anästhesie der Conjunctiva. Zur Stellung der Diagnose bedarf es der Ausschliessung anderer zum Thränenträufeln führender Erkrankungen (des Thränenapparates, des Sinus, des Augapfels). Die suggestive Behandlung entweder in der Hypnose oder unter dem Deckmantel einer Lokaltherapie mit harmlosen Mitteln (Einträufelungen etc.) führt sehr häufig zu guten Heilerfolgen. M. Brasch.

Belugou, Traitement mécanique de l'ataxie. Arch. génér. de méd. 1896, Février.

Der Verf. besprich der Reihe nach die Nervendehnung, die Suspension, die Methode von Bonuzzi und Blondel, das Hessing'sche Corsett und die Methode von Frenkel. Die Langenbuch'sche Operation hat längst abgewirtschaftet. Die Suspension, welche wohl in praxi auch wenig mehr zur Anwendung kommt, möchte der Verf. nicht ganz zum alten Rüstzeug geworfen sehen. Er giebt denn auch sorgfältig die von Blocy und Raoult aufgestellten Indikationen wieder und wägt genau das „Für und Wider" ab. Dio an dritter Stelle genannten Methoden, bei welcheu eine Dehnung

der Wirbelsäule bei dem auf dem Rücken liegenden Kranken durch Annäherung der Kniee an das Kinn stattfinden soll, findet wenig Gnade vor den Augen B.'s. Für die rationellste und ungefährlichste Art dor Extension hält der Verf. das Hessing'sche Corset — aber er geisselt scharf die Geheimnisthuerei und das Verlangen des Verfertigers dieser Bandagen, dass seine Patienten einen mehrmonatlichen Anstaltsaufenthalt unter seiner Aufsicht nehmen und zweifelt daran, ob die Resultate einer solchen Anstaltsbehandlung mit und ohne Corset von einander abweichen würden. Den grössten Beifall zollt der Verf. der sogen. „kompensatorischen Uebungstherapie", wie sie Frenkel in jüngster Zeit gelehrt hat. Die Methode wird zusammen mit den dazu nötigen Apparaten genau besprochen.

M. Brasch.

J. Neumann, Ueber die Beziehungen der Hautkrankheiten zum Gesammtorganismus und über toxische Exantheme. Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXVI. S. 361.

Verf. teilt die Hauterkrankungen, welche zu einer stattgehabten Infektion des Gegammtorganismus in Beziehung stehen, in zwei Gruppen: 1. Die sogen. akuten infektiösen Exantheme — Masern, Scharlach, Blattern, Flecktyphus — bei welchen die Hautveränderungen einen wesentlichen Teil des Krankheitsbildes darstellen, und 2. secundäre Infektionsexantheme, die als Begleiterscheinungen von Infektionskrankheiten und in einem nachweisbaren genetischen und zeitlichen Zusammenhange mit diesen auftreten, ohne für sie von wesentlicher Bedeutung zu sein. Im Gegensatz zu den Exanthemen der ersten Gruppe beherrschen sie das Krankheitsbild in keiner Weise und stellen auch kein constantes Attribut desselben dar, es kommt ihnen ferner kein typischer Charakter zu und ihr Verlauf lässt keinen unmittelbaren Zusammenhang mit dem Ablauf der Gesammtinfektion erkennen. Klinisch zeigen sie eine gewisse Variabilität und Polymorphie, immerhin ist ein Zusammenhang der verschiedenen Formen mit bestimmten Infektionskrankheiten ersichtlich. Zu diesen sekundären Infektiosexanthemen gehören die Hautausschläge, welche bei Typhus, Miliartuberkulose, Diphtherie, bei septisch-pyämischer Infektion, bei der Gruppe der Rheumatoiderkrankungen, beim aphthösen Prozess vorkommen. Die Syphilis nimmt eine besondere Stellung ein, insofern die den Beginn der Sekundärperiode charakterisirenden Eruptionen den acuten infektiösen Exanthemen, die Spätsyphilide dagegen den sekundären Infektionsexanthemen nahestehen. Was die Pathogenese dieser letzteren betrifft, so sind bei Infektionkrankheiten, deren spezifische Erreger uns bekannt sind, diese auch in den sekundären Hauteruptionen wiederholt nachgewiesen worden, so bei Typhus, Tuberkulose, Sepsis; es ist deshalb anzunehmen, dass diese Exantheme überhaupt nicht, wie noch vielfach angenommen wird, auf reflektorisch-vasomotorischem Wege, sondern durch direkte örtliche Einwirkung der Krankheitserreger selbst oder ihrer toxischen Stoffwechselprodukte entstehen, wobei teils eine mechanische Wirkung (Bakterienembolie), teils eine chemische (Toxine) in Betracht kommt. Zum Schluss berichtet Verf. über einige Fälle von sekundären Infektionsexanthemen, die er im Gefolge des vorwiegend an den weiblichen äusseren

Genitalien und auf der Mundschleimhaut vorkommenden aphthösen Prozesses auftreten sah. Sie waren verschieden lokalisirt und zeigten meist den Typus des Erythema nodosum, entsprechen aber auch manchmal dem Bilde des Erythema Iris oder Erythema exsudativum multiforme oder bestanden aus in Gruppen angeordneten eitrigen Bläschen. H. Müller.

M. Möller, 100 Fälle von Urethritis gonorrhoica, behandelt nach Janet's Methode. Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXV. S. 45.

Aus den Erfahrungen, welche Verf. mit der Janet'schen Methode (Spülungen der Harnröhre mit einer Lösung von Kali hypermang.) gemacht hat, ist zu entnehmen, dass das Verfahren als Abortivbehandlung alle anderen übertrifft und, in den ersten 2—4 Tagen des Trippers angewendet, fast sicher ein positives Resultat giebt. Auch in subakuten und chronischen Fällen wirkt es meist schnell und sicher, kann aber bei stärkerer Dosirung zu recht unangenehmen Komplikationen führen. Im Stadium der Acuität dagegen gewähren die Spülungen nur geringen Nutzen.

H. Müller.

S. Róna, Ein Fall von Syphilis mit consecutiver multipler Knochenfraktur. Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXV. S. 61.

Ein 35 Jahre alter, sehr heruntergekommener Bettler hatte seit seinem 16. Lebensjahre an Anschwellungen und Ulcerationen der Unterschenkel gelitten, der linke war im 20. Jahre ohne äussere Veranlassung im oberen Drittel abgefallen, als ob er amputirt worden wäre. Weiterhin traten auch sonst an den Extremitäten und am Rumpfe vielfache Schwellungen und Geschwüre auf; vor 3 Jahren war bei einer Bewegung im Bett der rechte, später der linke Vorderarm gebrochen, dann hatte der rechte Oberarm im Bereiche einer Intumescenz eine Infraktion erlitten. Bei der Untersuchung des bis dahin niemals behandelten Pat. fanden sich an der Haut zahlreiche Narben, gummöse Infiltrate und Geschwüre, Verdickungen und Verkrümmungen an den Röhrenknochen, gummöse Arthritis, Pseudoankylose der Ellenbogengelenke, Ankylose des Handgelenks, Nekrose des Stirnbeins und der Nasenbeine und noch viele andere syphilitische Veränderungen, deren einzelne Aufzählung hier nicht möglich ist. Später trat auch noch eine Fraktur des rechten Akromion ein. H. Müller.

K. Buday, Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Syphilis. (Aus der anat. Abteilg. des städt Krankenh. Friedrichshain in Berlin.) Virchow's Arch. Bd. 141. S. 514.

Der 47 Jahre alte Kranke hatte während der letzten Lebenswochen an grosser Mattigkeit und Leibschmerzen gelitten, auch blutige Stühle gehabt. Eine in der Nabelgegend zu palpirende Geschwulst war, wie sich bei der vorgenommenen Laparotomie herausstellte, etwa doppelfaustgross, von knolliger Struktur und reichte bis an die Wirbelsäule. Patient starb am Tage nach der Operation und die Sektion zeigte ausser einem Ulcus am Zungengrunde Gummiknoten in den Nieren und in der Leber, im Magen

mehrere, im ganzen Dünndarm zahlreiche gummöse Geschwüre in den verschiedensten Entwicklungsstadien, aus denen sich erkennen liess, dass die gummöse Wucherung in der Submucosa begann, dann auf die Schleimhaut und zuletzt auf die Muscularis übergriff. Ausserdem fanden sich im Mesenterium fast faustgrosse gummöse Tumoren mit nekrotischem Centrum, die allem Anscheine nach von den mesenterialen Lymphdrüsen ihren Ursprung genommen hatten. Auch in den epigastrischen Lymphdrüsen bestanden ähnliche Geschwulstbildungen. H. Müller.

A. Lanz, Zur Therapie des Ulcus molle. Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 17.

Neisser hat unlängst darauf hingewiesen (Chl. 1896, S. 26), dass früher syphilitisch Inficierte bisweilen Geschwüre acquirieren, die zunächst ganz den Eindruck von weichen Schankern machen, später aber den Charakter tertiär-syphilitischer Ulcerationen annehmen und erst bei innerlichem Gebrauch von Jodkalium heilen. L. hat nun dieselbe günstige Wirkung des genannten Medikaments bisweilen auch bei venerischen Geschwüren beobachtet, die während ihres ganzen Verlaufs das Aussehen eines Ulcus molle bewahrten und sich, ausser ihrer Multiplicität und Ueberimpfbarkeit, durch die Komplikation mit vereiternden Bubonen und den Nachweis der Ducrey-Krefting'schen Bacillen als solche erwiesen. Während in diesen Fällen jede lokale Behandlung erfolglos blieb, trat unter Jodkaliumgebrauch prompt Heilung ein. Ein Teil dieser Patienten hatte niemals Syphilis gehabt. H. Müller.

P. Reynier, De l'intervention dans l'hématocèle périutérine. Ann. de gynéc. et d'obstétr. Tome XLIV. Déc. 1895.

Die frühzeitige Operation der Hämatocelen hat, wie Martin, Ross und Cestau statistisch nachwiesen, günstige Resultate. 90 pCt. der Hämatocelen sind bedingt durch eine Extrauteringravidität oder durch Salpingitis haemorrhagica. Bei einer Hämatocele muss man einschreiten, entweder um die Blutung zu stillen, oder um das Blut aus der Bauchhöhle zu entfernen oder um die Ursache der Hämorrhagie — die kranken Adnexe — zu beseitigen. Per vaginam behandelt man sie wohl nur, wenn sie vereitert sind, in frischen Fällen ist die Laparotomie der beste Weg. Man kann hier die Blutung sofort stillen, man kann sofort das Erkrankte beseitigen und, sobald man nur zur rechten Zeit arbeitet, d. h. wenn noch keine Infektion da ist, ist auch die Gefahr der Operation sehr gering. Unter 12 Fällen hat Verf. keinen Todesfall. Drainage ist unnötig, da entgegen der Ansicht Quénu's das Hämatocelenblut meist aseptisch oder wenigstens wenig gefährlich ist. Selbst in zwei Fällen, die mit Fieber einhergingen, wurde keine Kultur gefunden. Im Allgemeinen wartet Verf. mit der Operation, wenn sich nicht der Zustand verschlimmert, bis sich die Kranken von der Blutung etwas erholt haben. Zum Schluss berichtet Verf. über 12 von ihm operierte Fälle. A. Martin.

N. Ostermayer, Zur Kenntnis der sexuell entstandenen Vaginalzerreissungen im Anschlusse an einen Fall von bogenförmigem Abreissen des hinteren Scheidengewölbes (Kolporrhexis). Wien. Med. Wochenschr. 1896. No. 39.

Von 16 aus der Litteratur zusammengestellten Fällen von Vaginalruptur fanden sich 8 bei vollkommen geschlechtsreifen Individuen. Ergiebt sich auch hieraus, dass es einer besonderen Beschaffenheit der Genitalien zu einer Ruptur nicht bedarf, so ist es doch leicht verständlich, dass Altersveränderungen der Scheide: Atrophie, Verdünnung, Schrumpfung der Scheidenwand, bei einem stürmischen Coitus ihre Zerreissung begünstigen. Auch Lage und Gestaltsanomalien mit Alterationen der Spannungsverhältnisse der Vaginalwandungen wirken in gleichem Sinne. Ganz besonders befähigen zu einer Scheidenzerreissung die mit Schrumpfung, Verziehung und Immobilisierung des Uterus und des obersten Vaginalabschnittes einhergehenden peri- und parametritischen Entzündungsprozesse. O. berichtet dann ausführlich über einen Fall, bei dem durch fixierte Anteversionsstellung des Uterus und Schrumpfungsprozesse im Peri- und Parametrium das hintere Scheidengewölbe fast verstrichen und der Genitalschlauch durch chronische Entzündungen derart atrophisch war, dass durch einen impetuösen Coitus das hintere Scheidengewölbe in grosser Ausdehnung von der Portio abgesprengt wurde. A. Martin.

Richelot, Sur le traitement des suppurations pelviennes. Ann. de gynéc. Sept. 1896.

R. bespricht zunächst die Einteilung der Beckeneiterungen, wobei er unterscheidet: 1. die eitrige Beckenzellgewebsentzündung, 2. die eitrige Tuben- und Eierstockentzündung, 3. den peritonitischen Abscess. Unter diese drei Gruppen lassen sich leicht die verschiedenen Formen eitriger Beckenerkrankungen einreihen.

In einem zweiten Theile der Arbeit behandelt er die verschiedenen Arten der Therapie; diese ist rein operativ und richtet sich nach dem Satze: ubi pus ibi evacua.

Als klassische Operationen bezeichnet er den Einschnitt von der Scheide aus, die Laparotomie, die vaginale Hysterektomie. Die verschiedenen Formen der Beckeneiterungen, wenn nicht alle ihre Varietäten, können auf diese drei Arten geheilt werden. Die einfache Incision eines Eiterherdes von der Scheide aus hält er für anwendbar, wenn dieser unmittelbar hinter der Scheidenwand sitzt, ferner bei frischen septikämischen Erkrankungen, mit voraussichtlich grossen Eiteransammlungen und endlich bei brüchigem Uterus im Puerperium. Die Laparotomie ist an ihrem Platze, wenn es sich darum handelt, Organe zu schonen. Das Alter der Frau und die Gewissheit oder Hoffnung einer einseitigen Erkrankung müssen leitende Gesichtspunkte bleiben. Die vaginale Hysterektomie bezeichnet er als „Méthode de choix“ für die Behandlung derjenigen Formen von Beckeneiterungen, welche nicht für den direkten Schnitt von der Scheide aus oder für die Laparotomie reserviert sind. R. schliesst die Arbeit mit der Warnung, sich zum blinden Anhänger der einen oder der anderen Behandlungsmethode zu machen. A. Martin.

H. Hartmann, Traitement des inflammations des annexes et du péritoine pelvien. Ann. de gynéc. Sept. 1896.

H. berichtet über die Erfolge der operativen Behandlung von 167 Fällen perimetritischer Erkrankungen. Bei der Berechnung der Mortalität ist ein Fall in Abzug zu bringen, der der Chloroformnarkose erlag. Von 166 Fällen starben 7 = 4,22 pCt.. Die Operationen gliedern sich in 104 Köliotomien mit 4 Todesfällen = 3,8 pCt. Mortalität, 39 vaginale Hysterektomien mit 3 Todesfällen = 7,68 pCt. Mortalität, 22 hintere Kolpotomien ohne Todesfall, 1 Incision eines abgekapselten perioophoritischen Abscesses. H. wägt die Vorzüge der einzelnen Methoden ab. Die Laparotomie betrachtet er der vaginalen Hysterektomie gegenüber als den weniger gefährlichen Eingriff und als konservativere Methode. Die einfache Incision vom hinteren Scheidengewölbe aus will er angewendet haben bei Herden, die die Scheidenwand vorbuchten, bei einseitigen und nicht zu hoch gelegenen Ansammlungen. Die vaginale Hysterektomie ist indiciert bei den verhältnismässig seltenen Fällen von multiplen Eiterherden im Becken; zulässig ist sie bei augenscheinlich doppelseitigen Erkrankungen geringeren Umfanges. Die Laparotomie ist auszuführen bei grossen Tumoren und hoch gelegenen Herden, sowie in allen Fällen doppelseitiger Erkrankungen, die man nicht absolut für unheilbar hält. Der Laparotomie hat man event. die doppelseitige Kastration und Abtragung des Uterus anzuschliessen.

A. Martin.

Bouteillier, Observation d'un accouchement compliqué d'emphysême sous-cutané. Progrès méd. 1896, No. 32.

Verf. beobachtete einen Fall subkutanen Emphysems, das während der Geburt entstanden war. In dem Falle machte ein vom Halse ausgehendes und auf den Thorax übergehendes Emphysem der Haut bei der Patientin (Erstgebärenden) eine beängstigende Dyspnoe. Diese wurde bei jeder austreibenden Wehe durch Zunahme des Emphysems stärker. Die Geburt in Schädellage wurde deshalb durch die Zange beendigt. Nach diesem Eingriff verschwand das Emphysem in zwei Tagen vollständig. Larynx und Trachea der Frau waren ante partum vollständig gesund. Bezüglich der Genese schliesst sich Verf. der Meinung von Guéniot an. A. Martin.

R. Boehm, Beiträge zur Kenntnis der Filixsäuregruppe. Arch. f. exp. P. u. Ph. Bd. 38. S. 35.

Die vorliegende Arbeit enthält eine grundlegende chemische Untersuchung über die Bestandteile des Männerfarns, resp. seines als Arzneimittel verwerteten ätherischen Extraktes; neue chemische Körper werden gewonnen, andererseits die Angaben über bisher bekannt gewesene richtig gestellt. Die vorwiegend nach chemischen Gesichtspunkten geführte Arbeit kann hier nur angezeigt, nicht erschöpfend referirt werden.

Aus dem durch Ansäuern aus dem ätherischen Extrakt gewonnenen Rohfilicin wird zunächst der in 2—3 pCt. des Extrakts vorhandene Körper Aspidin, $C_{23}H_{32}O_7$, krystallinisch gewonnen. Derselbe tötet Frösche zu 1—3 mg unter wiederholten, mit fibrillären Zuckungen einhergehenden

Krampfanfällen; daneben ist (ähnlich mit dem Kosotoxin) rasche Ermüdbarkeit des quergestreiften Muskels nachweisbar, die bald in völlige Lähmung desselben übergebt. Bei Hunden und Kaninchen ist das Aspidin, per os gereicht, unwirksam, bei intravenöser Injektion wird 0,025 g p. kg durch Respirationscentrumlähmung tödlich.

Ein nächster, nur in geringer Menge im Extrakt vorkommender Körper ist das Albaspidin, $C_{22}H_{28}O_7$, mit dem Aspidin ähnlichen physiologischen Wirkungen. Ferner wurden durch besondere Isolirungsmethoden noch gewonnen: eine Flavaspidsäure, $C_{23}H_{28}O_8$, das Aspidinin und Aspidinol.

Bezüglich der bisher als wirksamer Bestandteil des Filixextrakts angesehenen Filixsäure findet B., dass sie meist in sehr geringen Mengen vorhanden ist, weniger giftig ist, als Aspidin und Aspidinin, und oft ganz fehlen kann.

Das Studium der Spaltungsprodukte obiger Körper ergab, dass dieselben Verbindungen sind homologer Phloroglucine und einer neuen krystallinischen Säure, der Filicinsäure, $C_{11}H_{14}O_4$. In Bezug auf die Verbindungen, näheren chemischen Details und physikalischen Eigenschaften dieser ganzen Körperreihe muss auf das Orig. verwiesen werden. Pohl.

A. Schiller, Ueber die Wirkungen des Scopolins und einiger Scopoleïne. (Aus d. pharmak. Inst. Heidelberg.) Arch. f. exp. P. u. Ph. Bd. 38. S. 71.

Ebenso wie Tropeïne Verbindungen der Base Tropin mit Säuren sind, so gelangt man vom Scopolin, dem basischen Kern des Scopolamins, durch Paarung mit Säuren zu den Scopoleïnen. Untersucht wurden von E. Merk dargestellte Präparate: Acetyl-, Benzoyl- und Cianamylscopolin. Die genannten Verbindungen entbehren der mydriatischen, der Speichelsekretionhemmenden Wirkung, wie auch der Fähigkeit, die Vagusfunktion auszuschalten. Am Darm rufen grosse Dosen Cianamylscopoleïn Ruhigstellung desselben hervor, doch können durch Muscarin prompt wieder Bewegungen ausgelöst werden. Am durch Muscarin stillstehenden Froschherzen lösen die Scopoleine durch Reizwirkung auf die motorischen Ganglien Bewegungen aus. Gemeinschaftlich ist den untersuchten Scopoleinen gleich dem Scopolamin die Fähigkeit, beim Frosch Narkose hervorzurufen. Pohl.

L. Lewin und H. Goldschmidt, Die Resorption körperfremder Stoffe aus der Harnblase. Arch. f. exp. P. u. Ph. Bd. 37. S. 60.

Die Arbeit enthält den mit älteren klinischen Erfahrungen völlig übereinstimmenden experimentellen Nachweis, dass aus der unverletzten Harnblase Gifte nicht zur Resorption gelangen. Gesättigtes Strychninnitrat kann 6 Stunden lang, ohne Erscheinungen hervorzurufen, ebenso Hydroxylamin, ohne dass Methämoglobin im Blute aufträte, in der unterbundenen Blase verweilen. Dringen die Lösungen jedoch in das Nierenbecken, in die Harnleiter, dann treten sofort infolge Resorption Allgemeinerscheinungen ein. Pohl.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 16. Januar. No. 3.

Inhalt: Bogomolow und Wassilieff, Beitrag zur qualitativen Bestimmung des Peptons im Harn. (Original-Mitteilung.)

Schnyder, Muskelkraft und Gaswechsel. — Gurrieri, Wirkung des Phosphors auf die Thyreoidea. — Bourot und Jean, Verdaulichkeit der Butter und des Cocusfettes. — Grawitz, Ueber die Entzündung der Hornhaut. — Hermes, Magill und Jourdan, Zur Chirurgie der Leber und Gallenwege. — Silberkuhl, Ueber die physiologische Pupillenweite. — Eulenstein, Fall von geheilter otitischer Pyämie. — Baurowicz, Ein geheilter Krebs des Kehldeckels. — Koschier, Kombination von Sklerom und Tuberkulose im Larynx. — Bosc und Delezenne, Wirkung des Blutegelextrakts auf das Blut. — Halm, Künstliche Leukocytose bei Infektionskrankheiten. — Wegeli, Ueber Diabetes im Kindesalter. — Oppler, Verhalten des Pepsins bei Erkrankungen des Magens. — Ebstein, Ueber Angina pectoris bei Gicht und Diabetes. — Buck, Wirkung des Tannigens. — v. Jaksch, Ein Fall primärer akuter Encephalitis. — Bischoff, Sehnenreflexe bei Querschnittsmyelitis. — Johansen, Köster, Higier, Ueber puerperale Neuritis. — Nonne, Untersuchung eines Falles von Lepra. — Rieder, Ein Mischfall von Syphilis und Tuberkulose. — Kolischer, Ueber Ausführung endovesicaler Operationen. — Spencer, Ueber Operationen bei Querlage. — Vanderveldе und Le Boruf, Ueber die Dermoidcysten des Eierstocks.

Beitrag zur qualitativen Bestimmung des Peptons im Harn.

Von

Th. Bogomolow, Professor an der Universität zu Charkow,
und seinem Assistenten
N. Wassilieff, praktischem Arzt.

Vor einigen Jahren vereinfachte Prof. Salkowski[1]) die von Hofmeister[2]) vorgeschlagene Methode zur Bestimmung des Peptons im Harn und beschrieb sie in folgender Weise: 50 ccm des Harns werden mit

[1]) Salkowski, Ueber den Nachweis des Peptons im Haru. Cbl. f. d. med. Wissensch. 1894, No. 7. S. 113—115.

[2]) Hofmeister, Zeitschr. f. physiol. Chem. IV. S. 296.

5 ccm Salzsäure in einem Becher versetzt (auch die Anwendung von Essigsäure statt Salzsäure schien nichts zu ändern), dann mit Phosphorwolframsäure gefällt und auf einem Drahtnetz erwärmt. Nach einigen Augenblicken fällt ein harzartiger Niederschlag aus und die über ihm stehende Flüssigkeit wird fast vollständig klar. Letztere wird vorsichtig abgegossen und den Niederschlag wäscht man 2mal mit destillirtem Wasser aus. Dieses Wasser wird vorsichtig abgegossen und der Niederschlag mit 8 ccm Wasser versetzt, zu welchem 0,5 ccm Natronlauge vom spez. Gewicht 1,16 hinzugefügt wurde. Beim Umschütteln löst sich der Niederschlag schnell mit dunkelblauer Farbe auf; die Lösung wird auf einem Drahtnetz erwärmt, dann filtrirt. Das Filtrat nimmt eine schmutzig-graugelbe, trübe Beschaffenheit an (manchmal wird es zwar gelb, bleibt aber klar; zögert die Entfärbung, so kann man sie durch einige Tropfen Natronlauge beschleunigen); man giesst es dann in ein anderes Reagensglas über, kühlt ab, schüttelt um und setzt tropfenweise 1—2 proc. oder concentrirtere Kupfersulfatlösung hinzu. Bei Gegenwart von Pepton nimmt die Flüssigkeit eine rote Farbe an; die Färbung tritt noch deutlicher hervor, wenn die Flüssigkeit filtrirt wird. Das ganze Verfahren braucht zu seiner Ausführung nicht mehr als fünf Minuten, was selbstverständlich im Vergleich mit anderen Methoden von grossem Vorteil ist. Ein anderer Vorteil dieses Verfahrens besteht darin, dass die Reaktion nicht durch die Anwesenheit von Mucin und Nucleoalbumin beeinflusst wird, da die Menge der zu untersuchenden Flüssigkeit sehr gering ist. Bei einem Gehalt von 0,02 g Pepton in 100 ccm Harn gelingt die Reaktion ganz gut, wenn man zur Untersuchung 50 ccm Harn nimmt; bei 0,015 Pepton ist die Reaktion noch deutlich, bei 0,01 ist sie nicht mehr ganz deutlich.

Hofmeister bestimmte nach seiner Methode in einem Liter Harn 0,1 g Pepton; er bekam aber dabei nicht die charakteristische Färbung, auf welche Huppert[1]) aufmerksam machte.

Nach Devoto[2]) lässt sich das Pepton im Harn bestimmen durch die Biuretreaktion nach Absonderung aller anderen Eiweissstoffe, indem man den mit krystallirtem Ammoniumsulfat gesättigten Harn erwärmt. Wir konnten jedoch nie am peptonhaltigen Filtrat die für Pepton bei der Biuretreaktion charakteristische Färbung konstatiren, trotz genauer Befolgung der Angaben Devoto's, und zwar aus dem Grunde, weil das Ammoniumsulfat die reine Rosafarbe stört, die den Peptonproben eigentümlich ist.

Deshalb haben wir uns bemüht, solche farblose Lösungsmittel für Pepton aufzufinden, dass bei Zusatz von Kupfersulfat und Natronlauge zu ihnen immer die für die Biuretreaktion auf Pepton charakteristische Rosafärbung deutlich wäre. Wir wählten die Trichloressigsäure, weil dieselbe alle Eiweisskörper fällt, indem sie mit ihnen unlösliche Verbindungen bildet, das Pepton aber, welches in ihrem Ueberschuss sich löst, unberührt lässt. Weitere Versuche lehrten, dass diese Peptonlösungen wirklich eine wunder-

---

[1]) Huppert, Analyse des Harns. 9. Aufl. S. 296.

[2]) Devoto, Valore semiotica della peptonuria. Colletione Italiana de la letture sulla medicina. 1892. S. VI. No. 8. p. 107. Sep.-Abdr.

schöne Rosa-, für reines Pepton charakteristische Färbung zeigten, wenn sie von Albumosen oder Eiweiss frei waren. Diese Reaktion gelingt gleich gut bei wässerigen Peptonlösungen wie auch bei Lösungen des Peptons im Harn.

Untersuchungen auf Pepton führen wir folgendermaassen aus: Zu einer wässerigen Lösung des Peptons, welches im Handel unter dem Namen Witte's Pepton bekannt ist, oder zum peptonhaltigen Harn, welcher zugleich andere Eiweissarten enthält, wird in Ueberschuss eine concentrirte Lösung von Trichloressigsäure hinzugesetzt. Dabei werden alle Eiweisskörper gefällt, ausser dem Pepton; nachdem der Niederschlag abfiltrirt ist, bleibt im Filtrat die Peptonlösung. Bei Zusatz von Natronlauge und gelöstem Kupfersulfat bekommen wir die charakteristische Biuretreaktion auf Pepton. Diese Probe gelingt ganz gut, auch bei kleinen Quantitäten von Pepton im Harn.

Indem wir das Pepton nach Devoto's Angaben trennten, modificirten wir diese Methode folgendermaassen: Wir sättigten beim Sieden den peptonhaltigen Urin mit krystallisirtem Ammoniumsulfat, dadurch fällten wir alles Eiweiss ausser dem Pepton und zugleich auch das Harnpigment. Nachdem der Niederschlag filtrirt war, führten wir nicht die Biuretreaktion aus, sondern benutzten die Eigenschaft der Salicylsulfonsäure — in Gegenwart einer gesättigten Ammoniumsulfatlösung mit Pepton einen Niederschlag zu geben — und fällten durch diese das Pepton. Indem wir also zum Filtrat vom Niederschlag, welchen wir durch Sättigung des Harns mit Ammoniumsulfat erhielten, krystallisirte Salicylsulfonsäure zusetzten, bekamen wir einen Niederschlag, aus Pepton bestehend. Dieser Niederschlag löste sich sofort bei Zusatz von Wasser in Ueberschuss. Die Bildung eines Niederschlages und seine sofortige Lösung in Wasser (dabei bekommen wir eine ungesättigte Lösung von Ammoniumsulfat) beweist ohne Zweifel, dass im Harn Pepton vorhanden ist.

Ausserdem kann noch das Pepton aus einer gesättigten Ammoniumsulfatlösung durch Zusatz von Trichloressigsäure und Resorcin gefällt werden. Letzteres giebt einen opalescirenden Niederschlag, welchen man vollständig durch ein doppeltes Filter von Schleicher-Schüll trennen kann.

Bei Anwendung der Trichloressigsäure für obengenannten Zweck bemerkten wir noch folgende Eigenschaft: Wird eine Lösung von reinem Pepton in Trichloressigsäure langsam in einem Uhrglase auf dem Wasserbade eingedampft, so nimmt die Flüssigkeit nach einiger Zeit eine Rosafärbung an; diese Färbung wird bald mehr violett und zum Schluss des Eindampfens nimmt sie eine braunviolette Färbung an. Dasselbe beobachtet man, wenn man mit einer Lösung von Pepton in Trichloressigsäure befeuchtetes Filtrirpapier bei gewöhlicher Zimmertemperatur trocknet. Sobald das Papier zu trocknen anfängt, nimmt es eine schwache Rosafärbung an, welche bei vollem Austrocknen schmutzig-violett wird.

Wenn man eine Lösung von Pepton in Trichloressigsäure bis zur Trockenheit eindampft, in Wasser wieder auflöst und die Biuretreaktion ausführt, nimmt die Flüssigkeit eine braunviolette, nicht aber die frühere, der Biuretreaktion eigentümliche Färbung an.

L. Schnyder, Muskelkraft und Gaswechsel. Zeitschr. f. Biolog. Bd. 33. S. 289.

Max Gruber hatte gefunden (was später von Katzenstein bestätigt werden konnte), dass durch Uebung die Kohlensäureausscheidung des arbeitenden Menschen vermindert wird. Verf. wollte zunächst diese Thatsache genauer prüfen, sodann untersuchen, ob Menschen, die auf andere Weise, als durch Uebung, gekräftigt werden, z. B. Reconvalescenten nach erschöpfenden Krankheiten gleichfalls ökonomischer arbeiten. Die Arbeit der Gesunden geschah durch Gehen in einem grossen Tretrade, wie es zum Aufbringen von Steinquadern bei Bauten benutzt wird; dabei wurde eine schwere eiserne Kette emporgezogen und aufgewickelt. Die Berechnung der dadurch geleisteten Arbeit ist infolge der variablen Axen- und Kettenreibung keine vollkommen exakte. Bestimmt wurde nur die CO_2-Ausscheidung, nicht auch der O-Verbrauch. — Verf. untersuchte zwei Arbeiter: ihre CO_2-Ausscheidung wurde bestimmt, zunächst, nachdem sie erst kurze Zeit, resp. noch gar nicht im Tretrade gearbeitet hatten, sodann nachdem sie kürzere oder längere Zeit (bis zu mehreren Monaten) Tretarbeit verrichtet hatten. Es fand sich mit zunehmender Uebung eine deutliche Einschränkung des Stoffverbrauches, die in der ersten Woche am erheblichsten war (ca. 15 pCt.), dann nach 7 Wochen weitere 15 pCt. ausmachte. So wurde 1 g CO_2 ausgeschieden im Anfang auf 305 kg Arbeit, nach der ersten Woche auf 336 kg, nach 7 Wochen auf 408 kg.

Versuche an Typhus-Reconvalescenten, deren Arbeit in Horizontalgang oder Treppensteigen bestand, oder die an einem Tretapparat thätig waren, ergaben Aehnliches; sie arbeiteten mit zunehmender Muskelkräftigung immer sparsamer. Was die vom Verf. berechnete Zahlenwerte betrifft, so sind diese nicht ganz einwandfrei. Um die durch die Arbeit erzeugte Mehrausscheidung von CO_2 zu finden, zieht er seinen Werten sogenannte Ruhewerte ab, die sich bei ruhigem Stehen resp. Sitzen der Versuchsperson ergaben. Diese Ruhewerte liegen so hoch, dass jedenfalls auch in diesen Versuchen eine nicht unerhebliche körperliche Anstrengung sich geltend gemacht hat. A. Loewy.

R. Gurrieri, Azione del fosforo sulla ghiandola tiroide. Rivista sperim. di freniatria. Vol. XXII. p. 462.

Bei subakuter und chronischer Phosphorvergiftung fand Verf. eine mehr oder weniger starke Abnahme bis zum völligen Schwund der colloiden Substanz in den Follikeln der Schilddrüse, gleichgültig auf welchem Wege der Phosphor dem Körper einverleibt worden war. Die Follikel waren leer und zusammengefallen. A. Loewy.

Bourot et **F. Jean,** Étude sur la digestibilité du beurre de coco et du beurre de vache. Comptes rendus de la acad. des sciences 1896, No. 16.

Verff. verglichen in zwei, je eine Woche dauernden, Versuchen am Menschen die Ausnützung der Cocusnussbutter mit der Kuhbutter. Erstere wurde zu 98 pCt. resorbirt, letztere zu 95,8 pCt. Man glaubte die gute

Ausnützung der Butter auf die Menge der löslichen Glyceride beziehen zu müssen; bei der Cocosnusshutter waren diese sehr geringfügig, die Ausnützung trotzdem besser als die der Butter. A. Loewy.

P. Grawitz, Ueber die Entzündung der Hornhaut. Virchow's Archiv. Bd. 144. S. 1.

Verf. geht in dieser Arbeit ausführlich auf die Einwände seiner Gegner gegen die in seinem „Atlas der pathologischen Gewebelehre" entwickelten Anschauungen über die Reaktion des Hornhautgewebes beim Entzündungsprozesse ein. Die nach der Verletzung der Hornhaut zu stande kommende kleinzellige Infiltration stammt nach ihm vom Hornhautgewebe selbst und nicht von eingewanderten Leukocyten ab, indem zwischen den normal färbbaren Hornhautzellen in der vorher anscheinend zellenfreien Intercellularsubstanz durch Chromatinvermehrung neue Kerne auftauchen. Diese gegen die Immigrationstheorie gerichteten Erklärungen haben starken Widerspruch gefunden, der sich besonders auf die in den Arbeiten von SENFTLEBEN und LEBER niedergelegten Experimente stützt. Indem sie an eingetrockneten, in die Bauchhöhle verpflanzten Hornhäuten dieselben Erscheinungen wie an lebenden nachweisen konnten, gelangen sie zu dem Schluss, dass die Elemente des Hornhautgewebes dabei nicht aktiv beteiligt sein könnten.

Verf. hat nun zunächst die überlebende, central mit Arg. nitr. leicht geätzte Frosch-Cornea in die Bauchhöhle oder Subcutis eingelegt und so das Epithel einige Tage lebend und proliferirend erhalten. Die nach 24 Stunden in der Randschicht auftretenden Spiessfiguren sind bei Zusatz von Ameisensäure oder Fixirung mit Sublimat deutlich von Leukocyten zu unterscheiden. Nach 1—4 Tagen ist keine Spur von normalen Hornhautkörperchen zu sehen. Ist dagegen die Hornhaut durch Kochen des ganzen Auges getötet und dann, mit Arg. nitr. geätzt, in die Subcutis transplantirt, so ist dieselbe wohl von Wanderzellen umgeben, aber weder um den Aetzbezirk, noch in der Randzone, noch im Skleralring findet sich irgend eine glänzende kontraktile Zelle. Die diesem Ergebnis, dass das tote Gewebe absolut reaktionslos bleibt, entgegenstehenden Angaben SENFTLEBEN's, nach denen es sich wie das lebende verhalten sollte, erklären sich dadurch, dass die von ihm angewandte Erwärmung auf 50° die Hornhaut nicht abtötet, ebensowenig wie die von LEBER angewandte Eintrocknung.

Erwärmung tötet die Frosch-Cornea erst bei 50—55° C. und 5 bis 10 Minuten Dauer, während 48° C. oft noch Teile der Hornhaut lebensfähig erhält. An solchen Hornhäuten kann man nach 2 Tagen reichliche Spiesse mit Kernen antreffen, besonders „die Randinfiltration", aber an der Grenze zur Sclera hören die Spiessformen auf. Auch die von SENFTLEBEN mit Aetzung von Chlorzink ausgeführten Versuche halten den vom Verf. angestellten Experimenten nicht Stand; auch hier ist von einer Einwanderung von Eiterkörperchen nichts zu sehen. Die Randkeratitis entsteht aus dem lebenden Gewebe ohne die geringste Einwanderung von aussen.

Verf. hat dann auch die Cornea anderer Tierarten in Bezug auf die Bedeutung des Abgestorbenseins der Tiere selbst und die Wirkung der Ein-

trocknung geprüft. Hier ergiebt sich, dass die von LEBER, als durch Eintrocknung getötet, transplantirten Hornhäute noch lebten und dass lebende Cornea vom Schwein in der Bauchhöhle des Kaninchens aktive Zellveränderungen eingeht.

Für den Prozess in der Cornea ist die Chemotaxis völlig gleichgültig, was am besten dadurch bewiesen wird, dass die Gewebsveränderungen ohne Aetzung oder Injektion von Fäulnisjanche ebenso ausgeprägt sind. Die Bildung der Wanderzellen hängt vom Zustandekommen eines Saftstroms ab. Die Entzündung ist eine Reaktion gereizter oder geschädigter, aber lebensfähiger Gewebe, die unter verstärkter Saftströmung stehen.

Verf. hält die bisher an seinem Atlas geübte Kritik für verfehlt und fordert zu ernsthaften Nachuntersuchungen seiner Befunde auf.

M. Rothmann.

---

1) **Hermes,** Casuistische Beiträge zur Chirurgie der Leber und Gallenwege (Leberabscesse). (Aus dem städt. Krankenhause Moabit zu Berlin, chir. Abteil. des Prof. SONNENBURG.) Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLI. S. 458.

2) **W. S. Magill** and **M. Jourdan,** A study of choledochotomy. Internat. med. magaz. 1896, No. 2, p. 92, and No. 3, p. 161.

1) Ausser 2 von SONNENBURG bereits beigebrachten Fällen von Leberabscess werden 2 weitere ebensolche, noch nicht veröffentlichte Beobachtungen und 2 Vorkommnisse von Choledochus-Steinen, begleitet von epikritischen Bemerkungen, mitgeteilt. In dem ersten der beiden Fälle von Leberabscess war die Eiterung bei der 44jähr. Pat. ca. 5—6 Monate nach einer Blinddarmentzündung entstanden. Nach Rippenresektion entleerten sich 2 Tassenköpfe voll dünnen, geruchlosen Eiters. Unter starker eitriger Sekretion und Jodoformtamponade allmähliche Heilung. Bei der zweiten Patientin, einer 47jähr. ledigen Kinderwärterin mit Leberabscess hatte sich in ca. 14 Tagen eine apfelgrosse Resistenz rechts vom Nabel zusammengezogen. Nach Probepunktion, welche Eiter ohne Gallenfarbstoff entleerte, wurde, da man zunächst auf Lebergewebe kam, der Abscess in 2 Zeiten geöffnet unter Entfernung von mehreren grossen Steinen. Später bei der Nachbehandlung durch Tamponade entleerten sich noch kleinere Steine und Steintrümmer. Heilung mit Gallenfistel. In der Epikrise plaidirt Vf. bei Nichtverwachsung des Leberabscesses mit den Bauchdecken für Abschluss gegen die Bauchhöhle, wenn nicht durch Jodoformtamponade, durch zweizeitige Operation oder wenigstens durch Hervorrufung genügender Adhäsionen vermittelst Eröffnung durch das Cauterium potentiale (Chlorzink-Pasta). — Von den beiden Fällen von Choledochus-Steinen konnten in dem ersten, eine 33jähr. Frau betreffend, die 7 nach Art eines Rosenkranzes aneinander gereihten Steine des gemeinsamen Gallenganges durch Druck von aussen her zertrümmert und nach Möglichkeit in den Darm gedrückt werden. Glatte Heilung. Bei der zweiten, 38 Jahre alten, seit ca. 1—1¼ Jahr leidenden Frau wurde ausser der sehr, namentlich im linken Lappen, vergrösserten Leber ein als die Gallenblase imponirender Tumor wahrgenommen. In diesem erkannte man einen grossen und mehrere kleinere Steine; bei dem Versuch, auf ersteren einzuschneiden, wurde das festverwachsene Duodenum mitverletzt. Nach Darmnaht wurde die Gallen-

blase unterhalb des grossen Steines eröffnet, dieser herausbefördert und ebenso aus einem 15 cm langen, an seinem Ende kaum erreichbaren Gang noch 6 Steine. Jodoformtamponade, jedoch † nach 36 Stunden unter schwerem plötzlichen Collaps, welchen man mit einem neben den Tampons eingetretenen Darmcollaps in Verbindung bringen zu können glaubte. Die Sektion ergab jedoch keine Peritonitis, aber ausgedehnte Darmblutung (hämorrhagische Diathese). Zum Schluss Bericht über die Exstirpation einer bis zu 1 cm und mehr in ihrer Wand verdickten, gänseeigrossen Gallenblase bei einer Pat. von 54 Jahren, welcher vor 1 Jahr der carcinomatöse Uterus per vaginam entfernt worden war. Ein vorangegangener Gelbsuchtsanfall mit Kolik erleichterte die Diagnose.

2) In vorliegender monographischer, auf eine ausführlich wiedergegebene Casuistik von 72 Nummern sich stützende, von einem alphabetisch geordneten Litteraturverzeichnis begleiteten Arbeit werden die Choledochotomien in 4 verschiedene Gruppen geteilt. Die erste begreift die einfachen Fälle (im Ganzen 25) in sich; in die zweite gehören die mit anderen Eingriffen entweder an der Gallenblase allein, oder gleichzeitig auch am Ductus cysticus, oder endlich mit diesem allein verbundenen Choledochotomien, welche sich sehr verschieden auf die einzelnen Varietäten und Untervarietäten dieser Gruppe verteilen: Choledochotomien, im Gefolge anderer Operationen, z. B. am Ductus cysticus, und zwar als Cholecystostomie, als Cholecystectomie und endlich als Cysticoenterostomie ausgeführt; 3. Choledocholithotripsien, und endlich 4. in 2 Sitzungen ausgeführte Choledochotomien. In allen Fällen von Choledochotomie war das Verhalten der Gallenblase von grosser Wichtigkeit, nur in 14 Operationsgeschichten wird sie nicht erwähnt und ausserdem 4mal als klinisch nicht näher zu bestimmen bezeichnet. Von den 54 Fällen, in denen die Gallenblase ausdrücklich genannt ist, konnte man sie in 5 nicht finden, sehr klein war sie 40mal, von gewöhnlicher Grösse 4mal, von etwas gesteigertem Umfang 3mal, erweitert 1mal, 3mal leicht vergrössert und nur 1mal stark erweitert. Ist die verkleinerte Gallenblase an der Leber ihr adhärent, so ist eine Angiocholitis, Cholecystitis und Pericholecystitis vorangegangen. Das durch chronische Entzündung der Gallengänge erzeugte Bindegewebe ist äusserst fest, Narbenretraction erzeugend. In 45 Fällen wurden nicht nur im Choledochus, sondern auch in der Gallenblase Steine gefunden, und zwar am häufigsten in dem oberhalb des Duodenums gelegenen Choledochusabschnitt. Die Sterblichkeit der 72 Fälle betrug 22 (30,55 pCt.) oder nach Abzug der Fälle, bei denen in extremis operirt war = 20 pCt. Die Todesursache bei uncomplicirter Choledochotomie war unter 12 Fällen, welche auf 26 Operationen entfallen, 6mal Insufficienz der Leberthätigkeit. Für die 9 mit Cholecystectomie kombinirten Fälle betrug die Sterblichkeit 3 (33,3 pCt.), in den übrigen Operationen schwankte die Sterblichkeit zwischen 18,15 und 27,27 pCt., doch sind die Zahlen zu klein, um einen Schluss zu gestatten, dass die Sterblichkeit nach den kombinirten Operationen bis jetzt im Allgemeinen viel geringer ist, als nach der einfachen Choledochotomie; 14 sekundäre Choledochotomien ergaben sogar nur † 2. Aus dem operativ-technischen Teil ist zu entnehmen, dass der Incision längs des Randes des M. rectus mit oder ohne Querschnitt, die sich für

Operationen an der Gallenblase eignet, die Eröffnung des Bauches in der Mittellinie vorzuziehen sein dürfte, wenn es sich nur um den Choledochus handelt. Praktisch dürfte es aber bei der Incision am äusseren Rande des Rectus sein Bewenden haben. Nach Würdigung der Schwierigkeiten in der Behandlung etwaiger Verwachsungen wird die Hochlagerung zur Erleichterung des Zurückdrängens der Därme und des Magens und Lüftung der Leber beim Aufsuchen des Choledochus empfohlen. Die am meisten chirurgisch in Frage kommende Pars supraduodenalis des letzteren entspricht dem rechten Rande des Omentum gastro-hepaticum und ist durch den hinter ihm in das For. Winslowii eingeführten Zeigefinger behufs Incision und Steinextraktion zu fixiren. Steine in dem längeren retroduodenalen Abschnitt sollten nach oben gedrängt werden, die Freilegung dieses Abschnittes durch Dissection der ersten Portion des Zwölffingerdarmes, ferner durch Incision des Pancreas oder durch Verziehung des Duodenums nach oben ist bis jetzt nur selten geübt worden; wahrscheinlich sind hier Steine häufiger, als man bisher mangels genügender Untersuchung gefunden, und man sollte daher stets nach Extraktion des Steines den Choledochus in der Richtung zur Leber mit einer elastischen olivären Bougie-Nr. 9—16 sondiren, falls nicht wegen starker Erweiterung des Ganges der Finger hierzu vorzuziehen ist. Die Naht des Choledochus, am besten mit Seide auszuführen, ist ohne Schaden zu Gunsten verschiedener Formen der Drainage und Tamponade unterlassen worden. Die Schwierigkeiten und Mängel dieser Naht sollten für nur teilweisen Schluss der Bauchdeckenincision und Tamponade mit sterilisierter Gaze sprechen. Der Verlauf uncomplicirter Fälle ist oft ein überraschend guter, meist fliesst nach einigen Tagen Galle nach aussen und die Gallenfistel pflegt sich erst nach einigen Wochen zu schliessen. Leider kennt man die Fernresultate nur von 27 Fällen unter 72; abgesehen von 1 Recidiv wurde bei den übrigen 26 dauernde Genesung während einer zwischen einigen Monaten und 4 Jahren schwankenden Frist dargethan. P. Güterbock.

W. Silberkuhl, Untersuchungen über die physiologische Pupillenweite. v. Graefe's Arch. f. Ophthalm. XLII. 3. S. 179.

Nach den Untersuchungen des Verfassers schwankt die physiologische Pupillenweite, d. h. die Weite der Pupille bei maximaler Adaption einer Helligkeit von 100—1100 Meterkerzen, je nach dem Alter zwischen $2^{3}/_{4}$ und $4^{3}/_{4}$ mm. Ihre durchschnittlicke Grösse beträgt bei jugendlichen Personen (bis zu 15—20 Jahren) etwas mehr als 4 mm (4,1 mm), bei älteren Personen von über 50 Jahren fast 3 mm. In den Jahren zwischen 20 und 50 ist die Pupillenweite ziemlich gleichmässig, zwischen 3,6 und 3,1 mm. Zwischen den drei Refaktionszuständen gleicher Altersklassen besteht keine wesentliche Differenz in der Pupillenweite. Die Pigmentirung hat wahrscheinlich keinen Einfluss auf die Weite der Pupille. Die Pupillenweite eines Auges ist bei verdecktem zweiten Auge im Allgemeinen um $^{1}/_{4}$ bis $^{3}/_{4}$ mm grösser als bei unverdecktem Auge. Horstmann.

Eulenstein, Mitteilung eines durch Excision der thrombosirten Vena jugularis interna geheilten Falles von otitischer Pyämie. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 29. S. 347.

E.'s Fall betrifft einen 25jähr. Mann, bei welchem wegen bedrohlicher Erscheinungen infolge chronischer Mittelohreiterung (Schüttelfrost, Kopfschmerz) die Radikaloperation vorgenommen wurde. Es fand sich ein klein-wallnussgrosses Cholesteatom, das durch den Sulcus transversus hindurch bis an den Sinus reichte. Bei der Entfernung des Cholesteatoms entleerte sich ein perisinnöser Abscess. Nach Auskratzung der die freigelegte Dura und den Sinus bedeckende Granulationen und Entfernung des kranken Knochens wurde der Sinus gespalten und ein eitrig zerfallener Thrombus entfernt. In den nächsten Tagen traten wiederholt Frostanfälle auf, die Temperatur schwankte zwischen 36,7 und 40,4, auch stellte sich Husten und blutiger Auswurf ein. Es wurde deshalb die Jugularis interna doppelt unterbunden, und als beim Durchschneiden aus den Schnittenden weiche, schmierige Thrombusmassen quollen, wurde der Hautschnitt bis zur Clavicula verlängert, die Jugularis so tief hinab, als sie erreichbar war, freigelegt und hier nochmals doppelt unterbunden. Das ganze Stück der Jugularis von der Höhe des oberen Schildknorpelendes bis nahe an die Einmündungsstelle in die Vena anonyma wurde darauf excidirt. Auch jetzt wiederholten sich die Schüttelfröste in den nächsten 14 Tagen noch öfter, es kam zur Bildung mehrerer Abscesse in der linken Gesichtshälfte (Wangen, Augenlider), es trat Milzschwellung auf, ferner entwickelte sich ein Infarct des rechten Mittellappens der Lunge und weiterhin ein Lungenabscess, der zweifellos durch infektiöse Thrombose, wie der Auswurf fötiden Eiters bewies, entstanden war. Trotz alledem war der Verlauf der Krankheit schliesslich ein günstiger und Pat. konnte als geheilt entlassen werden. Verf. ist der Meinung, dass die Unterbindung resp. die Excision der thrombosirten Jugularis zwar nicht unmittelbar die Lebensgefahr für den Pat. beseitigen konnte, da es nicht möglich war, die weitere Verschleppung infektiöser Massen vollständig auszuschliessen, doch habe dieselbe verhütet, dass immer neue Infektionsträger aus der Peripherie nachrücken und in die Blutbahn gelangen konnten. Schwabach.

Baurowicz, Ein geheilter Krebs des Kehldeckels. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. IV. (2.)

Da bösartige Neubildungen sehr selten in einer gestielten Form auftreten, ist dieser Fall bemerkenswert. Es war ein Carcinoma epitheliale von der Grösse eines Hühnereies, das auf einem kurzen Stiele in der Mitte der unteren Hälfte des Kehldeckels sass. Die Geschwulst hatte den Knorpel an zwei Stellen durchwuchert und sich auf die äussere Fläche des Kehldeckelknorpels ausgebreitet.

Patient, 55 Jahre alt, starb nach der Tracheotomie an doppelseitiger Pneumonie. W. Lublinski.

Koschier, Kombination von Sklerom und Tuberkulose im Larynx. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 42.

Viele der bis jetzt beobachteten Fälle von Sklerom der oberen Luftwege boten gleichzeitig Erscheinungen tuberkulöser Lungenerkrankung dar und sind auch meist, wenn sie nicht erstickten, an dieser zu Grunde gegangen. Larynx und Trachea waren skleromatös, aber nicht tuberkulös erkrankt. Der vom Verf. mitgeteilte Fall von Sklerom ist der erste, bei welchem sowohl bereits klinisch bei der laryngoskopischen Untersuchung, als später bei der Obduktion, sowie der histologischen und bakteriologischen Untersuchung die Diagnose auf Kombination von Sklerom und Tuberkulose des Larynx gestellt werden konnte. W. Lublinski.

Bosc et Delezenne, Imputrescibilité du sang rendu incoagulable par l'extrait de sangsue. Compt. rend. 1896. CXXIII. p. 465.

Wenn man von einem Hunde 2 Blutproben nimmt, eine vom normalen Blute, die andere einige Zeit nachdem Blutegelextrakt intravenös injicirt ist, so gerinnt das Blut der ersten Probe und fault in kurzer Zeit, das der zweiten gerinnt nicht und fault viel später. Es konnte sich dabei um eine direkt antiseptische Wirkung des Blutegelextraktes handeln, was sehr unwahrscheinlich war, oder um eine Veränderung des Blutes infolge der Injektion. Verff. haben gefunden, dass die Leukocyten in der zweiten Blutprobe vermehrt sind und lange amöboide Bewegungen bewahren. Sie glauben, dass das Blutegelextrakt zur Bildung baktericider Stoffe anregt, welche eine Wucherung von Fäulnisbakterien verhindern. H. Bischoff.

M. Halm, Ueber die Steigerung der natürlichen Widerstandsfähigkeit durch Erzeugung von Hyperleukocytose. Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 39.

Verf. hat versucht, durch Hervorrufen einer Hyperleukocytose den Verlauf von Infektionskrankheiten günstig zu beeinflussen, da er gefunden hatte, dass mit Vermehrung der Leukocyten die baktericide Wirkung des Blutes zunimmt. Es gelang durch Einspritzen von Körpern, welche eine Leukocytose hervorrufen, septikämische Infektionen günstig zu beeinflussen, während bei bakteriellen Erkrankungen, bei denen die Bakterien lokalisirt bleiben und die Toxine den Körper schädigen, wie bei der Diphtherie, ein Erfolg nicht zu verzeichnen ist. Vf. meint daher, dass bei diesen Intoxikationskrankheiten die antitoxische Serumtherapie am Platze sei, während bei den septikämischen Infektionskrankheiten, wo die Heilserumtherapie bisher keine Erfolge aufzuweisen hat, durch Erzeugung einer Leukocytose geholfen werden kann. Besonders gilt dies für die Septikämien, welche unter niederem Fieber verlaufen, da bei diesen die Vermehrung der Leukocyten infolge der Infektion selbst nur eine geringe ist. H. Bischoff.

E. Wegeli, Casuistische Beiträge zur Kenntnis des Diabetes mellitus im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 19. S. 1.

Verf. hat aus der Litteratur 108 Fälle von Diabetes im kindlichen

Alter zusammengestellt, welche in den Arbeiten von Külz und E. Stern noch nicht aufgeführt sind; diesen hat Verf. 28 eigene Beobachtungen hinzugefügt. Nächst der hereditären Belastnng ist als ätiologisches Moment am hänfigsten ein Trauma zu finden, in 2 Fällen war der Diabetes kurze Zeit nach einer Chloroformnarkose aufgetreten. Die Erfahrung, dass die Prognose des Diabetes im jugendlichen Alter sehr ungünstig sei, findet auch in den vom Verf. angeführten Fällen Bestätigung; die längste vom Verf. beobachtete Krankheitsdaner betrug $4^1/_2$ Jahr. — In einem Falle — bei einem 11jähr. Knaben — wnrden vom Verf. Stoffwechseluntersuchungen angestellt. Es ergab sich, dass dauernd mehr Stickstoff ansgeschieden wurde, als eingeführt war. Da trotzdem das Körpergewicht während der Beobachtungsperiode um 1,79 kg stieg, glaubt Verf. einen entsprechenden Fettansatz annehmen zu müssen. Die Resultate der Fettbestimmungen im Kot widersprachen dieser Annahme nicht. Stadthagen.

B. Oppler, Zur Kenntnis vom Verhalten des Pepsins bei Erkrankungen des Magens. Cbl. f. inn. Med. 1896, No. 5.

O. hat ein einfaches Verfahren (s. d. Orig.) zur quantitativen Bestimmung des Pepsins im Magensaft gefunden und mittelst desselben folgende Werte für die Pepsinwirkung von Magengesunden 1 Stunde nach dem Probefrühstück ermittelt.

Es wurden in dreistündiger Digestion von einer bestimmten Eiweiss-Jösung verdaut:

Bei	einer	Verdünnung	auf	1	Liter	ca.	70	pCt.
„	„	„	„	2	„	„	67	„
„	„	„	„	5	„	„	60	„
„	„	„	„	10	„	„	50	„
„	„	„	„	20	„	„	45	„

Für diese Zahlen, als normale angenommen, konnten bei verschiedenen Erkranknngen des Magens mehr oder weniger grosse Abweichungen ermittelt werden.

Bei Gastritis chronica, mit Salzsäureschwnnd einhergehend, lag die Pepsinwirknng weit unter der Norm, wenn sie auch nicht völlig vermisst wurde. Aehnlich verhalten sich meist die Carcinome des Magenkörpers, öfters auch diejenigen des Pylorus, wenn sie auch im Beginne noch eine leidliche Pepsinwirkung aufweisen.

Die Atonieen und Ectasieen des Magens haben nur dann eine bedeutend verringerte Pepsinwirkung, wenn sie ein Schleimhautkatarrh (mit Subacidität) begleitet; im Uebrigen weisen sie nicht ganz selten gerade eine Steigerung der Pepsinwirkung auf. Vermehrung der letzteren findet man ferner noch beim Ulcus ventriculi, der Gastritis acida, beim chronischen Magensaftfluss, znweilen auch bei der Chlorose. Dagegen zeigen die nervöse Subacidität und die meisten seknndären Erkrankungen des Magens eine Verminderung.

Bei der nervösen Dyspepsie ist der Befund ein schwankender. Im Wesentlichen läuft also die Pepsinsekretion der Salzsänresekretion parallel,

weun auch diese Uebereinstimmung keiue regelmässige ist. Pathognomonisch ist das Verhalten der Pepsinwirkung an sich nicht, nur im Zusammenhang mit den übrigen sekretorischen und motorischen Erscheinungen.

C. Rosenthal.

W. Ebstein, Angina pectoris neben Arthritis uratica und Diabetes mellitus. Berl. klin. Wochenschr. 1895, No. 23, 24, 25.

Verf. erinnert an die Thatsache, dass Gicht und Zuckerkrankheit verhältnismässig nicht selten bei demselben Individuen vorkommen, häufiger folgt der Diabetes der Gicht als letztere dem Diabetes. Zwei Kranke des Verf.'s, die an Gicht und Diabetes litten, hatten ausserdem heftige Anfälle von Angina pectoris, und zwar fielen letztere mit dem Auftreten der diabetischen Symptome zusammen. Verf. nimmt in keinem seiner beiden Fälle eine auf rein funktionellen Störungen beruhende gutartige Angina pectoris an, sondern eine solche, bei welcher mit krankhaften Veränderungen im Circulationsapparat zu rechnen ist (in einem Falle bestand neben einer Volumensvergrösserung des Herzens vermutlich auch ein Aneurysma aortae); immerhin lässt er die Möglichkeit zu, dass sich beim Diabetes mellitus, ebenso wie bei der Gicht, Anfälle von Angina pectoris, die den Charakter einer reinen Neurose tragen, entwickeln können. Perl.

De Buck, Tannigen, ein neues Darmadstringens. Wiener klin. Rundschau. 1895, No. 36.

Verf. bestätigt auf Grund zahlreicher von ihm beobachteter Fälle die Wirksamkeit des Tannigens bei Darmkatarrhen. Die Dosis war 0,1 bis 0,5 bis 1,0 g 3—4mal täglich; Säuglingen kann man es in etwas Milch anrühren. Wegen seiner Geruch- und Geschmacklosigkeit wird es gern genommen. Irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen, Belästigungen des Magens oder dergl., wurden nicht beobachtet. Die Wirksamkeit des Tannigens erstreckt sich jedoch nur auf die akuten Darmkatarrhe, bei chronischen wirkt es zwar mildernd, aber nicht heilend; nervöse Diarrhoe wurde durch Tannigen in keiner Weise beeinflusst. K, Kronthal.

R. v. Jaksch, Ein Fall von primärer Encephalitis acuta multiplex unter dem Bilde der Meningitis acuta verlaufend. Prager med. Wochenschrift 1895, No. 40.

Der 21jähr. Patient hatte seit dem 10. Lebensjahre bis zuletzt öfter Ausfluss aus beiden Ohren. Er erkrankte plötzlich mit Kopfschmerzen und Uebelkeit und wurde bald bewusstlos. Im Spital wurde normale Temperatur, Nackenstarre, Strabismus divergens, Pupillendifferenz bei normaler Lichtreaktion, linke Facialisparese, Zähneknirschen, Pulsfrequenz von 60, normale Patellarreflexe, gespannte Bauchdecken konstatirt. Die medialen Papillenhälften wurden hyperämisch, die Venen des Augenhintergrundes geschlängelt gefunden. Die Temperatur stieg bis 38,2°. Der Kranke starb.

Die Sektion ergab mehrere encephalitische Herde von Taubenei- bis

Digitized by Google

Hübnereigrösse im Mark der Hemisphären, innerer Kapsel, Pons, Cerebellum, ausserdem eine Menge von Hämorrbagien. M. Brasch.

E. Bischoff, Das Verbalten der Sehnenreflexe bei Querschnittsmyelitis. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 40.

Die Studie des Verf.'s knüpft an einen Fall an, in welchem bei einer Caries des 7. Hals- nnd 2. und 3. Brustwirbels eine Kompressionsmyelitis des 2. bis 4. Brnstsegments entstanden war. Intra vitam bestand zuerst spastische Läbmung mit gesteigerter, später schlaffer Läbmung mit verminderten Reflexen. Bei der anatomischen Untersnchung wnrde anf- und absteigende Degeneration und eine beginnende Entartung einiger binterer Wurzeln gefunden. Der Verf. hat sich nnn durch sorgfältige Litteraturstudien Aufklärung über das oft gegensätzliche Verhalten der Reflexe bei anscheinend gleichen Fällen zu verschaffen gesncht. Er konnte feststellen, dass das Verhalten der Reflexe nicht davon abhängt, ob die Läsion eine teilweise oder vollkommene ist, ob sie tiefer oder höher sitzt, ob die sekundären Degenerationen mehr oder weniger ausgedehnt sind.

Er behauptet dann weiter, dass in allen Fällen, wo die Reflexe erloschen waren, ohne wiederzukehren, neben der Rückenmarksläsion entweder Störungen im Reflexbogen oder Allgemeinerkranknngen bestanden, welche den Reflex beeinflussen. Für das Erlöscben und Erloscbenbleiben der Reflexe bei rasch entstehender vollkommener oder fast vollkommener Trennung des Halsmarks stellt B. die Hypothese auf, es entstehe gleichzeitig eine Vasomotionsläbmnng in den Bancbeingeweiden, welche zur Anämie des Lendenmarks und der Vorderhornzellen führe. Das allmähliche Erlöschsn der Reflexe babe in sekundär nebenher laufenden chronischen Prozessen innerbalb des Organismns seinen Grund. M. Brascb.

---

1) **M. Johansen,** Beitrag zur Polyneuritis in graviditate. Münchner med. Wochenscbr. 1896, No. 28.

2) **G. Köster,** Ueber pnerperale Neuritis. Ebenda.

3) **H. Higier,** Eine Kombination von Poliencephalomyelitis und puerperaler Polyneuritis. Wiener med. Presse 1896, No. 35—37.

1) J. beschreibt einen Fall von unzweifelhafter Polyneuritis graviditatis bei einem 19jäbr. Mädchen, bei welchem weder Hyperemesis, nocb Infektion, Blutungen nnd dergl. für die Neuritis verantwortlich gemacht werden konnten. Es bandelte sicb um eine ca. im 4. Schwangerschaftsmonat einsetzende Paraplegie der unteren Extremitäten mit Atrophie und Entartungsreaktion; während einer dreimonatlicben Bebandlung war keine wesentliche Besserung zu verzeicbnen. Das Peronensgeciet war am meisten betroffen.

2) K. bericbtet über einen Fall von Neuritis puerperalis, in welcbem der Krankheitsprozess sicb auf den linken N. axillaris und N. musculocutanens beschränkte nnd trotz sorgfältigster Bebandlung wäbrend acbt Monaten eine Heilnng nicht erzielt wnrde. Erbebliches Erbrechen während der Schwangerschaft, Fieber im Wochenbett sind nicht voransgegangen.

Die Neuritis äusserte sich 14 Tage nach der Entbindung in Schmerzen im linken Arm und Schultergelenk und folgender Schwäche und Taubheit; dazu traten Atrophie im Mm. deltoides, biceps, Druckempfindlichkeit der Nn. axillaris und musculocutaneus, Hypästhesie, Entartungsreaktion; später trat auch im M. brachialis internus eine Atrophie hervor. Während anfangs im Gebiete des N. axillaris und Hyperästhesie, spontane Schmerzen und Druckempfindlichkeit bestanden, trat mit zunehmender Degeneration des Nerven Schmerzlosigkeit und Hypästhesie ein. Die Schwangerschafts- und Wochenbett-Neuritis dürften durch verschiedene, zu verschiedenen Zeiten und auf verschiedenem Wege dem Körper einverleibte Gifte hervorgerufen werden; vielleicht ist die Aehnlichkeit bestimmter Typen der Neuritis durch eine Verwandtschaft der Giftsorten bedingt. Wo die Neuritis, wie in diesem Falle, nach der Entbindung ohne vorhergegangenes Fieber auftritt, muss an Toxine gedacht werden, die bei der Rückbildung der Genitalien im Wochenbett entstehen. Wo die Erkrankung bereits in der Schwangerschaft begann, mit Hyperemesis komplizirt war und, wie in einigen Fällen, nach Einleitung des Abortus geheilt wurde, ist an eine Stoffwechselstörung, Auto-Intoxikation und Ueberernährung zu denken. — Die traumatische Entstehung durch Druck der Zangenlöffel oder des kindlichen Kopfes dürfte nur selten oder gar nicht in Frage kommen.

3) Bei einer 26jährigen, hereditär nicht belasteten Frau war im neunten Lebensjahr nach einem schweren Typhus ein progressiv fortschreitendes Krankheitsbild aufgetreten, das sich in Schwäche der Augenlider, der Schling- und Sprechmuskeln und in Schwäche der oberen Extremitäten, besonders der linken, äusserte. Jetzt, nach 17 Jahren im Puerperium traten lebhafte Schmerzen und eine Lähmung der Beine hinzu. Die Untersuchung ergab eine Lähmung der äusseren Zweige des Oculomotorius, Abducens, Trochlearis bei Intaktheit der inneren Augenmuskeln, kurz das Bild einer Ophthalmoplegia progressiva externa; ferner waren vorhanden eine Schwäche der Phonation; der Sprech-, Kau-, Schlundmuskulatur, eine rechtsseitige Recurrens- und linksseitige Posticus-Parese, starke Ermüdbarkeit der Kau- und Nackenmuskulatur, gesteigerte Pulsfrequenz und andere Erscheinungen, die auf eine Beteiligung bulbärer und spinaler Centren an der Erkrankung hinwiesen (Poliencephalitis inferior et Poliomyelitis). Fibrilläre Zuckungen, Atrophie der Muskulatur, Störungen der elektrischen Reaktion und Sensibilitätsstörungen fehlten an den oberen Extremitäten, Nacken-, Gesichts-, Kaumuskeln u. s. w. An den unteren Extremitäten, wo die Erkrankung zuerst akut einsetzte, bestanden hingegen Schmerzen, Hypästhesie, Parese, Verlust der Sehnenreflexe, und zwar nach einer fieberhaften Frühgeburt. Während hier also eine puerperale Neuritis der Beine akut aufgetreten war, deuteten die anderen vorausgegangenen Erscheinungen auf eine chronische, progressive, nicht entzündliche Degeneration der motorischen Hirn- und Rückenmarkscentren resp. Kerne hin. Der Fall zeigt einerseits Berührungspunkte mit der heilbaren asthenischen Bulbärparalyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund), andererseits mit den atypischen organischen Formen der Bulbärparalyse, Ophthalmoplegie und progressiven Muskelatrophie. Seine Abgrenzung von der familiären, neuralen oder spinal-neuritischen Muskelatrophie ist einfach. Die Komplikation mit der

Digitized by Google

pnerperalen Neuritis der unteren Extremitäten ist als ein accidentelles Ereignis anzusehen. Die Prognose bleibt zweifelhaft, da leicht lebensgefährliche Centren (Respiration) miterkranken können oder Verschlucken (Erstickung, Schluckpneumonie) zu befürchten ist. S. Kalischer.

M. Nonne, Klinische und anatomische Untersuchung eines Falles von generalisirter tuberöser Lepra, mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems. (Aus der Abteil. des Dr. Engel-Reimers.) Jahrb. der Hamb. Staatskrankenanst. III. S. 445.

Bei einem jungen Manne, der seit mehr als 9 Jahren an einer durch Schübe sich immer weiter ausbreitenden Lepra tuberosa der Haut, später auch des Larynx, des weichen Gaumens, der Nase und des Auges gelitten hatte, ergab die Sektion ausser verschiedenen Veränderungen innerer Organe, welche symptomenlos verlaufen waren, langgestreckte spindelförmige Anschwellungen am N. vagus, ulnaris, medianus und axillaris. Das besonders Bemerkenswerte des Falles liegt nun darin, dass, obgleich die mikroskopische Untersuchung an den spindelförmigen Nervenverdickungen eine sehr ausgedehnte Zerstörung der nervösen Elemente durch die Neuritis leprosa zeigte, während des Lebens weder Paresen oder Paralysen, noch Sensibilitätsstörungen, partielle Muskelatrophien, Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit oder des Verhaltens der Sehnenreflexe bestanden hatten. Einen weiteren sehr auffälligen Befund bildete das Fehlen der absteigenden Degeneration, welches damit zu erklären ist, dass sich selbst an den am meisten veränderten Teilen noch einzelne intakte Bündel konstatiren liessen, welche wohl kompensatorisch die Funktion der zu Grunde gegangenen Nervenelemente übernommen hatten. H. Müller.

R. Rieder, Ein Mischfall von Syphilis und Tuberkulose des Mastdarms. (Aus der Abteilg. des Dr. Engel-Reimers.) Jahrb. der Hamb. Staatskrankenanstalt. III. S. 467.

Bei einer 37jährigen Frau, welche vor 15 Jahren syphilitisch inficirt worden war, bestand eine Mastdarm-Scheidenfistel und die Rectalschleimhaut war direkt über dem Sphincter ext. bis zu einer 4 cm oberhalb desselben beginnenden ringförmigen, für den Finger eben noch durchgängigen Striktur hinauf ulcerirt. Resektion des Rectums, Spaltung und Exstirpation der Fistel führten zu völliger Heilung. Das ausgeschnittene, 6 cm lange Darmstück zeigte auf seiner Innenfläche ein das ganze Darmlumen ringförmig umfassendes buchtiges Hohlgeschwür, in dessen Bereiche die Mucosa und Submucosa fast vollständig durch ein massiges Granulationsgewebe ersetzt waren, dessen zellige Elemente nur aus kleinen Lymphocyten mit sehr grossem Kern bestanden. An einigen Stellen fanden sich aber ausserdem in der Tiefe der Submucosa deutliche „Tuberkel" aus Rundzellen, Epithelioidzellen und typischen Langhans'schen Riesenzellen. Tuberkelbacillen waren allerdings nicht nachzuweisen.

H. Müller.

Digitized by Google

Kolischer, Ein Instrument zu kleinen endovesicalen Eingriffen beim Weibe. Wien. med. Presse 1895, No. 25.

Um einem in der Schauta'schen Klinik hervorgetretenen Bedürfnis zu genügen, hat K. ein Instrument konstruirt zur Vornahme kleiner Eingriffe in die weibliche Blase unter Kontrolle der Augen, jedoch ohne Dilatation der Urethra.

Durch den Kanal eines Brenner'schen Ureterencystoskops wird ein Zängelchen zur Entfernung von kleinen Tumoren, Fremdkörpern, Exsudatsalzen und ein Aetzmittelkörper zur Aetzung circumskripter Partien der Vesicalmucosa eingeführt. A. Martin.

H. R. Spencer, On delivery in certain cases of impaction of the trunk of the foetus. Brit. med. journ. 1895, No. 1789. April 13.

Verf. empfiehlt in den Fällen, in welchen bei normalem Becken nach Geburt des Kopfes die weitere Entwicklung eines unverstümmelten Körpers unmöglich ist, nach vorausgeschickter Durchschneidung der Schlüsselbeine mit einem stumpfen Haken die Brme herunter zu holen. Lässt sich auch dann die Geburt noch nicht beenden, so soll, um Platz zu gewinnen, decapitirt und das Abdomen, dessen Vergrösserung in der Regel das Geburtshindernis abgiebt, eröffnet werden.

Verschleppte Querlagen, die keine Decapitation oder Wendung mehr zulassen, behandelt Verf. in der Weise, dass zunächst mit einer Scheere die Wirbelsäule eröffnet wird. Mit dem Cephalotribe von Braxton Hicks kann sodann der Körper so weit heruntergezogen werden, dass die Durchschneidung der Weichteile und Extraktion der getrennten Körperhälften keine Schwierigkeiten mehr macht. A. Martin.

Vandervelde et Le Boeuf, Les kystes dermoides de l'ovaire. Journal méd. de Bruxelles 1896, No. 15.

Verff. beschreiben eine von Rouffard exstirpirte Dermoidcyste zur Klärung der Frage nach der Entstehung der Dermoidcysten.

Der kindskopfgrosse Tumor enthielt enthielt inmitten von Hautfetzen und Haarbüscheln 2 flache, dem Schädelknochen ähnliche knöcherne Gebilde (von 5 und 4,5 cm und von 3 und 2 cm Durchmesser). An dem grösseren war eine dreieckige knöcherne Pyramide mit leeren Zahnlücken und 3 Backzähnen-ähnlichen Zähnen an der Spitze angesetzt. Ferner befand sich in der Cyste ein kleiner cubischer Knochen mit mehreren Zähnen und 4 isolirte Zähne.

Ueber die Entstehung der Dermoidcysten bestehen gegenwärtig zwei gut begründete Theorien, die der Parthenogenesis von Repin und Mathias Duval und die der Neubildung von Barel. Die Autoren kommen zum Schluss, dass die Entscheidung über die Richtigkeit einer dieser beiden Theorien sich noch in der Schwebe befinde. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **23. Januar.** **No. 4.**

Inhalt: Schumburg und Zuntz, Ueber die Einwirkung des Hochgebirges auf den menschlichen Organismus. — Mendel, Ueber den paralytischen Darmsaft. — Spiegler, Zur Kenntnis des Verbrennungstodes. — Marchand, Ueber congenitale Lebercirrhose bei Syphilis. — Jottkowitz, Ueber Heilungsresultate bei Unterschenkelbrüchen. — v. Baracz, Zur Frage der totalen Darmausschaltung mit Verschluss. — Heinrich, Zur Kenntnis der Myopie. — Spira, Latente Ostitis des Processus mastoid. — Logucki, Zur Aetiologie des peritonsillären Abscesses. — Liebmann, Die Wirkung des Koch'schen Tuberkulins. — Becker, Fränkel, Angerer, Gottlieb, Magnus-Levy, Langfeldt, Ueber die Wirkung von Schilddrüsenpräparaten. — Hallé und Marfan, Entwicklung von Varieellen im Larynx. — Reale, Ausspülung des Magens mit Lapislösung. — Kisch, Ueber Herzbeschwerden während der „Menarche". — Lamy, Remlinger, Wirkung von Gefässembolien auf das Rückenmark. — Lewy, Methylenblau gegen Kopfschmerzen. — Fournier und de la Tourette, Aetiologie der Little'schen Gliederstarre. — Feulard, Ueber Behandlung der Alopecien. — Jadassohn, Ueber Stomatitis aphthosa. — Benoit, Tubenecchinococcus. — Pinard, Einfluss der Pflege von Schwangeren. — Verhoogen, Ueber Tympanie und Meteorismus. — Coromilas, Wirkung des Chinins auf Schwangere.

Schumburg und **Zuntz,** Zur Kenntnis der Einwirkungen des Hochgebirges auf den menschlichen Organismus. Pflüger's Archiv. Bd. 63. S. 461.

Teils die rätselhafte, in einer Vermehrung der Erythrocyten sich äussernde Einwirkung des Hochgebirges auf das Blut, teils die Resultate, die neuere, den Gaswechsel betreffende Untersuchungen ergeben hatten, veranlassten die Verff., neue Versuche vorzunehmen, durch die sie an sich selbst erstens das Verhalten der roten Blutzellen nachprüfen, zweitens aber genauer den Effekt der Muskelarbeit auf den Stoffverbrauch im Hochgebirge selbst erforschen wollten. Versuche letzterer Art fehlen noch, da die bisherigen in der pneumatischen Kammer angestellt waren. Die Versuchsmethodik, betreffend den letzteren Punkt, war im Prinzip die Zuntz-Geppert'sche, jedoch waren alle Apparate derart modificirt, dass sie gut transportabel waren. — Bestimmt wurde die Atemmechanik, die Vitalcapacität, CO_2-Ausscheidung und O-Verbrauch bei Ruhe und Arbeit, und

zwar zunächst in Zermatt, ca. 1600 m, auf der Bétempshütte, ca. 3000 m, in einigen Fällen auch am Monte Rosa-Sattel, ca. 3800 m hoch. Zum Vergleich war eine grosse Zahl von Versuchen auch in Berlin auf einer geneigt stehenden Tretbahn ausgeführt worden. — Die Atemmechanik in der Ruhe war deutlich geändert, derart, dass das Atemvolum pro Minute entsprechend der zunehmenden Erhebung sich progredient steigerte: Bei Sch. von 5,7 L in Berlin auf 9,4 L am Monte Rosa-Gletscher, bei Z. von 4,9 L auf 7,2 L. Dasselbe war auch beim Referenten der Fall, der sich Sch. u. Z. angeschlossen hatte und bei dem in der pneumatischen Kammer eine derartige Wirkung nicht zu beobachten gewesen war. Die Vitalcapacität nahm in der Höhe ab, um nach einiger Zeit den alten Wert wieder zu erreichen.

Interessant war die Atmung der trainirten Bergführer; sie atmeten sehr langsam und tief (über 800 ccm pro Atemzug) und hatten eine ausserordentlich hohe Vitalcapacität (4,5—5,3 L). — CO_2-Ausscheidung und O-Verbrauch in der Ruhe erwiesen sich bei Sch., Z. und L. gesteigert, jedoch ist dies wohl auf die mit der Erhöhung des Atemvolums einhergehende Steigerung der Atemmuskelarbeit zu beziehen. Nicht in der Weise zu deuten ist jedoch der auffallend hohe Stoffverbrauch bei der Arbeit, von dem bei Arbeit in der verdünnten Luft des pneumatischen Kabinetts nichts zu finden ist. Die Arbeit bestand im Ersteigen einer genau ausgemessenen und nivellirten Anhöhe. Während pro kg Steigarbeit Z. und Sch. in Berlin 1,77 bezw. 1,73 ccm O verbraucht hatten, waren notwendig auf der Bétempshütte 2,34 bezw. 2,10 ccm, auf dem Monte Rosa bei Sch. 2,61 ccm. Dabei war die Arbeit oben nur ein Drittel von der in Berlin geleisteten und O-Mangel war noch nicht eingetreten! Die Verff. beziehen dieses Ergebnis auf die besonderen Einwirkungen und mannigfachen Reize, denen unser Nervensystem im Hochgebirge ausgesetzt ist, stärkere Belichtung, Temperatur-, Windverhältnisse etc.

Das Verhalten des Blutes suchten Verff. durch Bestimmung des spez. Gewichts festzustellen. Ein Steigen desselben spricht für eine Zunahme der körperlichen Elemente, ein Sinken für Abnahme. Es fand sich nun sowohl bei Z. und Sch. wie auch bei L. das Gegenteil des erwarteten Ergebnisses, nämlich ein Sinken des spezifischen Gewichts. Gegenüber den Autoren, die eine Aenderung der absoluten Zahl der Blutzellen im Hochgebirge annehmen oder eine Aenderung der Menge der Blutflüssigkeit, beziehen die Verff. ihr Resultat auf die Wirkung von Reizen, durch welche die Weite der Blutgefässe und damit die Verteilung derselben in der Blutbahn geändert wird. A. Loewy.

L. B. Mendel, Ueber den sogenannten paralytischen Darmsaft. Pflüger's Arch. Bd. 63. S. 425.

Durchschneidet man die zu einem freipräparirten und abgebundenen Darmstücke führenden Nerven, so tritt eine Flüssigkeitsabsonderung in dieses ein, die von der einen Reihe von Autoren als Sekretion, von einer anderen als Transsudation betrachtet wird. — Verf. hat die Zusammensetzung und physiologische Wirkung dieses sog. paralytischen Darmsaftes an Hunden genauer studirt. Der von den zahlreichen beigemengten Flocken

abfiltrirte Saft ist dünn, gelblich, opalescirend. Seine Zusammensetzung ist bei verschiedenen Tieren fast gleich und entspricht der des normalen, aus Darmfisteln erhaltenen Saftes. Im Mittel aus 5 Versuchen enthielt er 1,45 pCt. Trockensubstanz, 0,136 pCt. coagulirbares Eiweiss, 0,507 pCt. NaCl, 0,423 pCt. Na_2CO_3. Schon diese Zusammensetzung spricht gegen die Annahme eines Transsudats. Auch die physiologische Wirkung ist gleich der des normalen Darmsekrets. Wie dieses, wirkt es nicht verdauend auf Eiweisskörper. Dagegen war stets eine, wenn auch geringe, amylolytische Wirkung zu beobachten; es konnte Zuckerbildung in den im Thermostaten gehaltenen Mischungen von Stärkekleister und Darmsaft durch Trommer'sche und Phenylhydrazinprobe nachgewiesen werden. Zur Vermeidung von Bakterienwirkungen setzte Verf. übrigens in allen Versuchen etwas alkoholische Thymollösung hinzu.

Rohrzuckerlösungen (mit 1 pCt. NaFl als Antisepticum versetzt) wurden invertirt, ebenso wurde Maltose in Dextrose verwandelt, jedoch nie Milchzucker.

Der zuvor gekochte Darmsaft zeigte nie irgend eine amylolytische Wirksamkeit. Der paralytische Darmsaft ist somit als ein Darmsekret anzusehen. A. Loewy.

E. Spiegler, Kritisch-experimentelle Beiträge zur Kenntnis des Verbrennungstodes. Wiener med. Bl. 1896, No. 17—20.

Nach den neuesten Anschauungen beruht der nach Verbrennungen rasch eintretende Tod auf einer akuten Vergiftung. Das Gift, durch Einwirkung der Flamme auf stickstoffhaltiges organisches Gewebe entstanden, bewirkt entweder primär Vergiftungserscheinungen oder führt zu Gewebszerfall mit Bildung neuer toxischer Stoffe. KIJANITZIN gelang es, aus den Organen, Blut und Harn von Tieren mit ausgedehnten Verbrennungen eine toxische Substanz herzustellen, die er für nahe verwandt dem Brieger'schen „Peptotoxin" hielt und als die Ursache des Verbrennungstodes ansprach. Verf. hat nun Leber, Milz, Nieren und Harn von 3 Personen, die 24 Stunden nach schweren Brandwunden starben, untersucht; in allen Fällen gelang es wohl, reines Pepton darzustellen, aber nicht eine toxische, dem „Peptotoxin" verwandte Substanz. Auch in einem weiteren Fall, in dem der Exitus 3 Tage nach der Verbrennung eintrat, differirte der vom Verf. aufgefundene Körper wesentlich von dem von KIJANITZIN trotz genauer Befolgung der Methode des letzteren; nur bei Fröschen wirkte dieser Körper toxisch.

REISS und FREUND ist es dann gelungen, in dem Harn Verbrannter Pyridin nachzuweisen, das von der verbrannten Haut herstammen soll. Verf. betont, dass das im Harn gefundene Pyridin keine toxische Wirkung auf den Organismus ausgeübt haben kann, da es sonst gar nicht oder doch nur in veränderter Form im Harn abgeschieden werden könnte. Auch würde die Intoxikation durch Pyridin bei Verbrühungen nicht zur Erklärung herangezogen werden können, da hier keine trockene Destillation stattfinden kann.

Verf. berichtet nun über einen von KAPOSI beobachteten Fall intensivster Verbrennung beider Hände und Unterarme, bei dem keine schweren

Allgemeinerscheinungen und nicht die Spur von Pyridin im Harn auftraten.

Verf. hat dann in 12 Fällen von Verbrennung, von denen 11 letal endeten, auf das Vorkommen von Pyridin untersucht, im Harn und bei Anurie in der Leber. Neunmal fand sich Pyridin; in leichten Fällen fehlte dasselbe stets. Das Auftreten von Pyridin steht also jedenfalls in inniger Beziehung zum Verbrennungstod. Trotzdem weist Verf. die Annahme, dass der letale Verlauf durch Pyridinvergiftung bedingt sei, zurück. Das Pyridin wird bei dem Gewebszerfall neben anderen toxisch wirkenden Substanzen als Nebenprodukt abgeschieden.

Es ist Verf. nicht gelungen, durch direkte Einwirkung hoher Hitzegrade auf die Rückenhaut von Leichen aus der verbrannten Haut toxische Körper zu gewinnen. Auch die Annahme LUSTGARTEN's, dass es sich um ein zur Muscariugruppe gehörendes Gift handle, ist nicht hinreichend gestützt. Es ist dagegen nicht unwahrscheinlich, dass das durch die Einwirkung der Hitze charakteristisch veränderte Blut durch chemische Zersetzung der Eiweisskörper ein Gift abspaltet. Allerdings gelang es Verf. nicht, bei 2 Hunden durch Einführung von Blut, das auf 52° C. so lange erhitzt war, bis es die bekannten Veränderungen zeigte, krankhafte Erscheinungen hervorzurufen.

Verf. gelangt zu der Annahme, dass es sich um eine im Organismus sich abspielende Giftbildung handle, die nicht die primäre Folge der Einwirkung der Hitze ist. Für die Annahme einer Vergiftung spricht der Symptomenkomplex, die Erhöhung des spezifischen Gewichts des Blutes von Verbrannten und der konstante Befund parenchymatöser Degenerationen der inneren Organe. M. Rothmann.

F. Marchand, Ueber kongenitale Lebercirrhose bei Syphilis. Cbl. f. allg. Pathol. etc. 1896, No. 7.

Die häufigste syphilitische Erkrankung der Leber bei Neugeborenen und Föten besteht in einer Vergrösserung der derb konsistenten, glatten, blutreichen Leber mit Infiltration des periportalen Bindegewebes, der Capillargefässe mit Rundzellen. Weit seltener ist eine intrauterine Schrumpfung der Leber bei Syphilis; das Organ ist stark verkleinert, derb, mit kleinhöckriger Oberfläche und rot- bis grünlich-brauner Farbe. Es handelt sich um ausgedehnte atrophische Cirrhose mit Ascites und allgemeinen Stauungserscheinungen des Körpers.

Verf. berichtet über mehrere einschlägige Fälle, einen $6^1/_2$ monatlichen weiblichen Fötus mit verkleinerter, derber, stark höckriger Leber und charakteristischen gelblichen Streifen an sämmtlichen Epiphysengrenzen und zwei Zwillingspaare. Bei dem ersten derselben ist nur die Leber des einen, bei der Geburt gestorbenen Neonatus aufgehoben; dieselbe ist granulirt, klein, hochlividrot und zeigt bei der mikroskopischen Untersuchung eine Infiltration des periportalen Bindegewebes mit Rundzellen. Das ganze Lebergewebe ist durch mit kleinkernigen Leukocyten infiltrirte Bindegewebszüge in kleine rundliche Läppchen geteilt, während an der Peripherie dichte Leukocytenhaufen die erweiterten Capillaren ausfüllen. In einem Teil der Läppchen sind die Leberzellenbälkchen geschwunden und es liegen

an diesen Stellen diffus gefärbte Herde mit nekrotisirten Resten von Leberparenchym.

Von dem zweiten totgeborenen Zwillingspaar zeigte der erste Fötus stark geschwollene, dunkelrote Weichteile; im Abdomen waren 100 ccm sanguinolenter Flüssigkeit. Die Leber war ausserordentlich klein, von höckriger, dunkelroter Oberfläche. Im rechten Lappen sind zahlreiche, scharf begrenzte, hellgelbliche Einlagerungen. Das verdickte periportale Gewebe ist kleinzellig infiltrirt; in das Leberparenchym hinein gehen breite Streifen eines dicht mit Zellen infiltrirten Gewebes. Das Leberparenchym selbst ist in kleine, unregelmässige Gebiete aufgelöst. Der zweite Fötus zeigt eine makroskopisch fast normal aussehende Leber, die bei der mikroskopischen Untersuchung jedoch eine ausserordentlich weit verbreitete und hochgradige Infiltration mit Rundzellen aufweist, welche die Pfortader-Capillaren ausfüllen.

Verf. hält es für wahrscheinlich, dass diese Form der syphilitischen Lebererkrankung bei längerer Lebensdauer durch hochgradige Wucherung des zurückgebliebenen Leberparenchyms zur Bildung einer gelappten Leber führt. Die diffusen Wucherungen aber bringen vielleicht im späteren Leben die echte hypertrophische Lebercirrhose hervor. M. Rothmann.

P. Jottkowitz, Ueber Heilungsresultate von Unterschenkelbrüchen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz. (Aus dem Knappschafts-Lazareth zu Königshütte O.-S.) Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLII. S. 612.

Prinzipiell wichtige Arbeit, welche die Unnötigkeit, ja zum Teil die Schädlichkeit der Unfallskrankenhäuser darthut. Durch das Beispiel der Nichtunfallskranken lernen die durch Unfälle Verletzten den Wert der systematischen Nachbehandlung schätzen, während diese sonst nicht gerade bestrebt sind, Folgeerscheinungen erlittener Verletzungen geringfügiger darzustellen, ohne gerade die Absicht zu haben, widerrechtlich Vorteile zu erlangen. In dem betr. Lazareth hatte man bis jetzt nur einen Fall schwerer Uebertreibung zu verzeichnen. Wir geben die Hauptzahlen Verf.'s mit dem Bemerken, dass die eingeklammerten Ziffern der zum Vergleich herangezogenen Statistik Haenel's entsprechen.

Für 71 subkutane Unterschenkelbrüche betrug die mittlere Behandlungsdauer 116,3 Tage, darunter 54,3 auf klinische, 62 auf medicomechanische Behandlung entfallend. Gänzliche Erwerbsfähigkeit bestand bei Entlassung bei 39 = 55 pCt.; von diesen waren 34 = 48 pCt. (35 pCt.) geheilt vor dem 91. Tage. Die durchschnittlich notwendige Entschädigung auf die Gesammtzahl der Verletzten betrug 12,2 pCt., bei Berechnung nur auf die Zahl der Invaliden 27 pCt. (36 pCt.). Nachträglich, nach 6 Monaten Rentengenuss, wurden noch 10 = 14,1 pCt. völlig erwerbsfähig, und zwar nach einer Gesammtbehandlungsdauer von 10,4 (16) Monaten. Aehnlich günstige Verhältnisse ergaben sich bei Spezialisirung der Frakturen ihrem Sitz nach. Eine Gegenüberstellung der Ergebnisse der letzten beiden Jahre und der früheren Resultate zeigt, dass bei einer geringfügigen Verlängerung der Behandlungsdauer von 12 Tagen in den letzten beiden Jahren an Heilungen überhaupt ein Plus von 6 = 8 pCt.

erzielt wurde und dass in der 13wöchentlichen Carenzzeit früher 25 = 36 pCt., jetzt 34 = 49 pCt. aller Fälle zur Heilung gelangen. Während aber früher von 38 Invaliden 9 = 23,6 pCt. eine Entschädigung von 40 bis 50 pCt. erhielten, brauchte eine solche jetzt überhaupt nicht zuerkannt zu werden, und eine Erwerbsunfähigkeit von 30—40 pCt., welche früher in mehr als in der Hälfte der Fälle, nämlich unter 38 bei 26 = 68,5 pCt. der Invaliden bestand, war jetzt nur bei 11 = 34,4 pCt. derselben festzustellen. Die Mehrzahl der Invaliden — 16 = 56,2 pCt. — wurde jetzt auf eine Einbusse der Erwerbsfähigkeit von 20—30 pCt. geschätzt.

P. Güterbock.

R. v. Baracz, Zur Frage der Berechtigung der totalen Darmausschaltung mit totalem Verschluss des ausgeschalteten Darmstückes. Wiener klin. Wochenschr. 1896, No. 28.

Unter Anführung eines eigenen, einen 21jähr. Pat. mit chronischer entzündlicher Invagination betreffenden einschlägigen Falles und längeren, hauptsächlich gegen v. Hochenegg gerichteten epikritischen Erörterungen stellt Verf. folgende Thesen auf: 1. Die totale Darmausschaltung mit totalem Verschluss des ausgeschalteten Darmstücks ist bei manchen krankhaften Prozessen des Ileocoecum und Colon ein angezeigter und ungefährlicher Eingriff. Zu diesen Prozessen gehören: a) chronische Invagination mit bedeutenden Verwachsungen, welche die Darmresektion unmöglich machen; b) chronische fibröse Peritonitis mit consecutiver Darmstenose im Bereiche des Ileocoecum, wo ebenfalls nicht resecirt werden kann; c) ausnahmsweise auch gesunde Colonteile. — 2. Die totale Darmausschaltung mit totalem Verschluss führt fast immer (auf Grund der bisherigen Casuistik in 100 pCt. der Fälle) zur Schrumpfung und Verödung der versenkten Darmpartie. — 3. Dieses Vorgehen hat den Vorzug vor der Ausschaltung mit Belassung von Fisteln, da es den Kranken der Unannehmlichkeiten einer langwierigen Darmfistel enthebt und eine zweite Laparotomie häufig erspart. — 4. Vor dieser Operation muss der Darmkanal gründlich vorbereitet werden.

P. Güterbock.

W. Heinrich, Zur Kenntnis der Myopie. v. Graefe's Archiv f. Ophthalm. XLII. (3.) S. 188.

H. fand, dass die Helligkeit des Spiegelbildes der vorderen Linsenfläche abhängig ist von der Differenz der Brechungsindices der beiden aneinander grenzenden Medien. Wachsende Differenz bewirkt wachsende Helligkeit. Bei dem Myopen ist das Bildchen bedeutend heller und die Helligkeit desselben hält annähernd gleichen Schritt mit der Stärke der Myopie. Diese Steigerung der Lichtstärke könnte daher entweder darin begründet sein, dass der Brechungsindex des Kammerwassers kleiner ist, und der Brechungsindex der Linsensubstanz unverändert bleibt, oder dass der Brechungsindex des Kammerwassers der normale und derjenige der Linsensubstanz gesteigert ist. Die Untersuchungen einer Reihe von Forschern haben indessen gezeigt, dass der Brechungsindex des Kammerwassers einen durchaus konstanten Wert besitzt. Die Untersuchungen der Linsensubstanz zeigen dagegen, dass die Zunahme der Helligkeit der vor-

deren Linsenbilder durch die Zunahme der Brechkraft der Linsensubstanz bedingt ist. Daraus erhellt, dass die Myopie durch die Zunahme der Brechkraft der Linsensubstanz mitbedingt ist. (Für diese Anschauung spricht auch die Erfahrung, dass der optische Wert der Linse bei Myopen, bei denen die Discision vorgenommen war, 15—20 Dioptrien beträgt, während bei Individuen, die an gewöhnlicher Cataracta senilis operirt waren, der Wert nur 10—12 Dioptr. ausmacht. Ref.) Horstmann.

Spira, Ueber eine unter dem Bilde einer Trigeminusneuralgie latent verlaufende centrale Ostitis processus mastoidei. Arch. f. Ohrenheilkunde. Bd. 41. S. 123.

Bei einem 73jährigen Manne blieben nach Ablauf einer Influenza-Otitis ausserordentlich heftige, unter dem Bilde einer Trigeminusneuralgie verlaufende Schmerzen zurück, denen sich später Abducenslähmung hinzugesellte. Die objektive Untersuchung des Ohres ergab keine Veränderungen. Nach monatelanger Dauer der Schmerzen traten von Zeit zu Zeit recidivirende und schnell wieder vorübergehende periostitische Erscheinungen in der Regio mastoidea auf und schliesslich kam es zu einem Abscess in dieser Gegend, nach dessen Eröffnung sich die Corticalis fistulös durchbrochen zeigte. Erweiterung der Fistel, Auskratzung, Tamponade, Heilung nach 6 Wochen mit vollständiger Beseitigung aller Symptome incl. Abducenslähmung. Letztere glaubt Verf. auf eine Neuritis des Abducens, bedingt durch die vorausgegangene Influenza, nicht durch die Ohrerkrankung, zurückführen zu sollen. Schwabach.

Logucki, Ein Beitrag zur Aetiologie des peritonsillären Abscesses. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. IV. (2.)

Auf Grund von 11 bakteriologisch untersuchten und einer Reihe klinischer Fälle hält Verf. den peritonsillären Prozess für ein sekundäres Leiden, das bei Individuen auftritt, die häufig an Tonsillitis leiden. Zuweilen entstehen diese Abscesse auch bei der Diphtherie. Bei der Eröffnung der Abscesse in den ersten Tagen ihrer Entstehung fanden sich im Eiter überwiegend Streptococcen, etwas später auch Staphylococcen, bei langdauernden Prozessen meist Staphylococcen. W. Lublinski.

Liebmann, Studien über das Koch'sche Tuberkulin. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. und f. klin. Med. 1896. Bd. 144. Supplementheft. S. 123.

Verf. hat $2^1/_2$ Jahre Blut und Gewebe von tuberkulösen Kaninchen und Meerschweinchen untersucht, welche er mit Tuberkulin behandelt hatte, und zwar untersuchte er das Blut nach jeder Injektion und verfolgte so den ganzen Krankheitsverlauf und die Blutbefunde bis zum spontanen Eintritt des Todes. L. fand, dass bei Kaninchen nach Injektion von 0,03, bei Meerschweinchen von 0,02 Tuberkulin Bacillen in das Blut übertraten, und zwar um so mehr, je virulenter die Tuberkulose-Infektion ist. Diese Bacillen sind degenerirt, indem sie bei der gewöhnlichen Färbung nicht

tief rot, sondern rosa, zum Teil ganz entfärbt, aber mit der angewandten Kontrastfarbe tingirt sind. Ebenso spricht L. als Degeneration an, wenn Bacillen lange fadenförmige Unterbrechungen mit dunkeln, knotenförmigen Verdickungen, als Kontraktionserscheinungen des Protoplasmas zeigen.

Von den eigentlichen Blutelementen war die Zahl der eosinophilen Zellen grossen Schwankungen unterworfen, sie scheinen sich nach den Injektionen zu vermehren. Mastzellen fand L. im Blute nicht. Stark vermehrt war die Zahl der polynucleären Leukocyten. An der Impfstelle, wo sich ein tuberkulöses Geschwür gebildet hat, treten nach jeder Injektion Lokalerscheinungen auf. Das Geschwür secernirt reichlicher, die Drüsen vergrössern sich und erweichen, es bildet sich eine Kommunikation zwischen letzteren und den Geschwüren und es treten grosse Massen von käsigem Eiter zu Tage. Diese Lokalerscheinungen treten nach jeder Injektion auf, bis sich das Geschwür definitiv schliesst, an Stelle der infiltrirten Drüsen sich Narbengewebe bildet, welches auch schliesslich verschwindet. In dem aus den Geschwüren hervorquellenden Eiter sind nach den Injektionen die Bacillen vermehrt und neigen zur Haufenbildung. Tuberkelbacillen finden sich bei der Impftuberkulose auch bei nicht-injicirten Tieren im Blut, jedoch viel weniger als bei Tieren, welche mit Tuberkulin behandelt sind, auch bei den nicht behandelten Tieren zeigen die Tuberkelbacillen im Blut Degenerationserscheinungen. Dieses verhältnismässig zahlreiche Auftreten von Tuberkelbacillen im Blute erklärt L. so, dass er annimmt, dass das Tuberkulin für Tuberkelbacillen eine positiv chemotaktische Substanz ist. Dass dies der Fall ist, schliesst L. daraus, dass einmal das Tuberkulin positiv chemotaktisch auf die verschiedensten Spaltpilze wirkt — wenn Capillarröhren, mit 1 proc. Tuberkulinlösung gefüllt, in gemischte Kulturen von verschiedenen Bakterien gelegt werden, so wandern die Bakterien in die Röhren — und dass das Tuberkulin als Bakterienproteïn die wirksamen Substanzen des Tuberkelbacillus enthalten muss. Da nun aber erfahrungsgemäss die Tuberkelbacillen fast nie einzeln, sondern stets in Gruppen auftreten und weil bei heftigem Fortschreiten einer tuberkulösen Affektion andere meist stehen bleiben oder auch zurückgehen, ferner nach Exstirpation eines tuberkulösen Lokalherdes häufig die Erscheinungen der akuten Allgemeintuberkulose auftreten, so kommt L. zu dem Schluss, dass die Bacillen gegenseitig positiv chemotaktische Organismen sind. Da nun das Tuberkulin die wirksamen Stoffe der Tuberkelbacillen in höherer Concentration enthält, so muss es also ebenfalls positiv chemotaktisch auf die Bacillen wirken. Mittelst dieser Hypothese von der positiven Chemotaxis erklärt L. nicht nur das Auftreten der Bacillen im Blute, da dieselben nach Injektionen mit Tuberkulin aus dem Gewebe gelockt und im Blute festgehalten werden, sondern auch das verschiedene Verhalten der Organe bei injicirten und nicht-injicirten Tieren. Bei Tieren, welche mit Tuberkulin behandelt sind, findet man meist vorgeschrittene Lungentuberkulose, während die Tuberkulose der Leber und Milz zurückgeblieben ist. Verf. glaubt nun, dass das Tuberkulin die Bacillen aus dem Gewebe lockt, was am leichtesten bei der Milz geschieht, da in dem Organ ein grosses Maschenwerk von Gefässen liegt. Infolgedessen bleiben nur wenige Bacillen in dem Gewebe der Milz, und diese sind nicht im stande, käsige Herde

zu bilden. In der Leber gehen die Bacillen auch von den meisten Stellen fort, nur an gewissen Stellen müssen unbekannte Vorrichtungen bestehen, welche das Entfernen der Bacillen verhindern; zu diesen Stellen werden wahrscheinlich auch Bacillen aus den umliegenden Geweben herangelockt, so dass es dort zu Concentrationsherden kommt. Infolgedessen sind in der Leber nur wenige, aber sehr stark käsig entartete Herde. Ganz im Gegensatz zu Leber und Milz steht die Lunge, in welcher nicht mit gleicher Leichtigkeit die wuchernden Bacillen aus dem Gewebe in die Bluthahn gezogen werden können. So erklärt L. die verschiedene Verteilung und Ausbreitung der tuberkulösen Herde bei tuberkulinisirten Tieren in den verschiedenen Organen durch Chemotaxis, und die Wirkung des Tuberkulins fasst L. so auf, dass es in jeder Beziehung die Wirkung der Bacillen potenzirt. H. Bischoff.

1) **Becker,** Beitrag zur „Thyroidin"-Wirkung. Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 37.
2) **S. Fränkel,** Thyreoantitoxin, der physiologisch wirksame Bestandteil der Thyreoidea. Wiener klin. Wochenschr. 1895, No. 48.
3) **O. Angerer,** Ueber die Behandlung des Kropfes mit Schilddrüsensaft. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 4.
4) **R. Gottlieb,** Ueber die Wirkung von Schilddrüsenpräparaten an thyreoidectomirten Hunden. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 13.
5) **A. Magnus-Levy,** Versuche mit Thyreoantitoxin und Thyrojodin. Ebenda. No. 31.
6) **Langfeldt,** Neues über die Schilddrüse. Reichs-Med.-Anzeiger 1896, No. 13.

1) B. berichtet über einen von ihm beobachteten Fall, in dem ein $2^1/_4$jähriges Kind nicht weniger als 90 Thyreoidtabletten à 0,3 g auf einmal verzehrte. Als B. 2 Stunden später das Kind sah, fand er es unverändert, ohne Uebelkeit, mit gutem Puls; eine sofort vorgenommene Magenausspülung zeigte, dass der Magen schon leer war. Das Befinden des Kindes zeigte auch weiterhin keine Störungen, auch Gewichtsabnahme wurde nicht beobachtet. Der Urin wurde mehrmals auf Eiweiss und Zucker untersucht, doch war das Resultat stets negativ. Die Tabletten selbst waren wirksam, wie aus der Wirksamkeit gleichzeitig von derselben Firma bezogener Tabletten gefolgert werden kann. B. zieht aus diesem Falle den Schluss, dass die Ansicht, die Schilddrüse enthalte ein gefährliches Herzgift, falsch ist, und neigt der Auffassung Leichtenstern's zu, dass die mitunter beobachteten störenden Nebenwirkungen den Einwirkungen zuzuschreiben sind, welche die Schilddrüse auf die Stoffwechselvorgänge bei chronischer Darreichung ausübt. — 2) Fränkel berichtet, dass es ihm gelungen sei, den wirksamen Bestandteil der Schilddrüse zu isolieren und rein darzustellen. Durch Essigsäure wurden aus Schilddrüsenextrakt die Eiweisskörper fast gänzlich abgeschieden; es ergab sich dabei, dass diese Eiweisskörper völlig unwirksam waren, während nach Einnahme des Filtrats starke Gewichtsabnahme mit Pulsbeschleunigung auftrat; im Filtrat also, nach Ausscheidung der Eiweisskörper, war die wirksame Substanz zu suchen. Auch die im Filtrat vorhandene Leimsubstanz erwies

sich, wie zu vermuten war, als ganz unwirksam. Nach Abscheidung der Eiweiss- und Leimkörper wurde das Filtrat zu Syrup eingeengt, mit Alkohol aufgenommen und nunmehr konnte durch Aether oder Aceton eine Substanz abgeschieden werden, die gereinigt krystallisirte und die F. mit dem Namen „Thyreoantitoxin" belegte. Sie ist sehr hygroskopisch, löslich in Wasser und Alkohol, unlöslich in Aether und Aceton; ihre wässerige Lösung reagirt neutral oder schwach alkalisch und giebt weder mit Bleizucker, noch mit Bleiessig einen Niederschlag, wohl aber mit den Alkaloidreagentien eine intensive Fällung; ebenso mit dem Millon'schen Reagens, doch tritt hier, selbst bei längerem Erwärmen, keine Rotfärbung auf. Wahrscheinlich handelt es sich um ein Guanidinderivat von der Formel $C_6H_{11}N_3O_5$. Die klinischen Untersuchungen mit dem Thyreantitoxin sind noch nicht abgeschlossen; dagegen zeigen die experimentellen Untersuchungen deutlich, dass es sich in der That um eine wirksame Substanz der Schilddrüse handelt. Nach Injektion der Substanz in die Jugularis trat eine beträchtliche Pulsbeschleunigung auf, thyreoidectomirte Katzen zeigten nach Injektion des Thyreoantitoxins dieselben Besserungserscheinungen, wie nach Anwendung von Schilddrüsensaft.

3) A. berichtet über 78 Kropfkranke, die er mit frischer Schafsschilddrüse behandelte; er zieht diese Behandlung der mit Trockenpräparaten (Tabletten u. dergl.) vor, da sie weit wirksamer ist und seltener unangenehme Nebenerscheinungen hervorruft; allerdings scheitert die Anwendung mitunter an dem Widerwillen der Patienten. Anfangs wurden 3 g pro Woche gegeben, später 5,8 und 10 g. Nur bei 4—6 Kranken blieb ein Erfolg aus, doch waren in diesen Fällen nur einige wenige Dosen verabreicht worden. In allen Fällen, wo das Mittel vertragen und die Kur wochenlang fortgesetzt werden konnte, trat eine entschiedene Rückbildung des Kropfes ein; nur die derben, festen Kröpfe blieben vollkommen unbeeinflusst. Cystenkröpfe reagirten in der Weise, dass zwar die Grösse und Füllung der Cyste gleich blieb, wohl aber das noch vorhandene, mehr oder minder hyperplastische Schilddrüsengewebe atrophirte. Bei den diffus tuberösen Formen von Colloidkröpfen und Kropfknoten traten die einzelnen Knoten deutlicher aus dem Gewebe hervor und wurden leichter verschiebbar gegen einander. Der Urin wurde stets genau untersucht; in allen Fällen stieg die Urinmenge nicht unerheblich, nur selten wurden vorübergehend Spuren von Eiweiss gefunden, Zucker niemals. Sehr bemerkenswert ist die Beobachtung von A., dass in denjenigen Fällen, die nach Schilddrüsenbehandlung zur Operation kamen, während der Narkose und insbesondere nach der Operation eine auffallende Herzschwäche auftrat.

4) Um die Wirksamkeit verschiedener Schilddrüsenpräparate festzustellen, verfuhr Verf. in der Weise, dass er die thyreoidektomirten Thiere mehrere Tage nach der Operation unbehandelt liess und erst nach voller Entwicklung der Krankheitserscheinungen einzugreifen begann. G. kam bei diesen Versuchen zu dem Resultat, dass das Baumann'sche Thyrojodin, das ja allgemein als das wirksame Agens der Schilddrüsenbehandlung angesehen wird, allein nicht im stande war, thyreoidectomirte Tiere am Leben zu erhalten, während dies bei Darreichung von Schilddrüsenextrakten, z. B. von Thyraden, wohl gelingt. Es ist daher der Schluss berechtigt,

Digitized by Google

dass in der Schilddrüse mehr als eine physiologisch wirksame Substanz enthalten sein muss. Für die Praxis ergiebt sich daraus die Regel, dass man bei Behandlung der Cachexia strumipriva und ähnlicher Erkrankungen nicht eine isolirte Substanz, sondern frische Schilddrüse oder ein Extrakt derselben giebt.

5) Die Versuche wurden an einem Myxödematösen vorgenommen, dem zuerst Gesammtextrakt (die bekannten englischen Tabletten), dann das Fränkel'sche Thyreoantitoxin, endlich Baumann'sches Thyrojodin gegeben wurde; natürlich wurde das neue Mittel erst dann gegeben, wenn die Wirkung des vorher verabreichten, völlig abgeklungen war. Besondere Aufmerksamkeit wurde den Respirationsverhältnissen geschenkt und bei jeder Versuchsreihe die Atemgrösse, CO_2-Absorption, respiratorischer Quotient, Atem- und Pulsfrequenz und Gewicht bestimmt; in einer Tabelle sind die Resultate übersichtlich zusammengestellt. Das Thyreoantitoxin zeigte so gut wie keine Wirkung; anders dagegen das Thyrojodin. Die mit demselben erzielten Resultate entsprechen fast vollkommen der Tablettenkur; es erhöht den Gesammtumsatz des Körpers (Steigerung der Atemgrösse, der Sauerstoffabsorption, der Kohlensäureabgabe, Erniedrigung des respiratorischen Quotienten), vermindert durch Wasser-, Stickstoff- und Fettverlust das Körpergewicht, steigert die Pulsfrequenz, verleiht der Haut Glätte, Feuchtigkeit etc. Die Wirkung ist eine cumulative und hält offenbar für eine ganze Reihe von Wochen vor.

6) Ein 30jähriger Schlächtermeister hatte etwa $1^1/_2$ Jahre lang zum Frühstück täglich eine Schweineschilddrüse gegessen; die Drüse wurde mit Butter gebraten und dann mit Brot und einem Glase Wein verzehrt. Es trat eine allmählich zunehmende Schwäche auf, schon nach kurzer Dauer zeigte sich Abmagerung, die nach einem Jahre einen sehr hohen Grad erreichte; andere Krankheitserscheinungen, Funktionsstörungen oder dergl. wurden nicht beobachtet. Nach Aussetzen der Schilddrüsennahrung erholte sich Pat. sehr schnell, die Gewichtszunahme war eine beträchtliche.

K. Kronthal.

J. Hallé und **Marfan**, La varicelle du larynx. La laryngite suffocante varicelleuse. Rev. mens. des mal. de l'enf. 1896. S. 1.

Ausnahmsweise kann im Verlaufe der Varicellen eine Laryngitis mit Stenosenerscheinungen auftreten. Diese Symptome können ihren Grund haben entweder in einer Komplikation mit echt diphtherischem Croup, oder — wie Verf. in zwei Fällen beobachtet hat — in Eruption von Varicellen auf der Schleimhaut des Larynx. Welcher dieser beiden Fälle vorliegt, ist durch die bakteriologische Untersuchung des Rachenschleims oder etwa vorhandener Exsudate im Pharynx zu entscheiden. Ueber Eruption vom Varicellen auf der Schleimhaut des Larynx liegen nur sehr wenige Angaben in der Litteratur vor. Lori sah in vereinzelten Fällen im Verlaufe der Windpocken Bläschen auf der Schleimhaut des Pharynx, des Larynx und der Trachea sich entwickeln; er hat aber nie mehr als 1—3 Pusteln gesehen; sie waren am 2. oder 3. Tage nach ihrer Entstehung verheilt. Ueber klinische Erscheinungen, die auf diese Eruptionen zu beziehen wären, hat Lori keine Angaben gemacht. Ausserdem ist nur 1 Fall von

Laryngitis varicellosa von OLLIVIER und BOUCHERON beschrieben. Das Kind hatte keine Stenosenerscheinungen, dagegen suffocatorische Anfälle, in deren einem es starb. — Die 2 Fälle von Laryngitis varicellosa, die Verf. beobachtete, verliefen unter dem typischen Bilde des Croup. In beiden Fällen wurde die Tracheotomie ausgeführt, die aber nur dem einen Kinde im Alter von 3 Jahren Rettung brachte. — In den bisher beschriebenen Fällen entstand die Laryngitis im Beginn oder sehr kurze Zeit nach Ausbruch der Varicellen auf der Haut.

Anatomisch ist die Laryngitis charakterisirt durch kleine, genau kreisförmige, wenig zahlreiche Geschwürchen, die vorwiegend auf der Schleimhaut der wahren Stimmbänder sitzen. In der Umgebung dieser Geschwürchen kann die Schleimhaut mehr oder weniger stark hyperämisch und geschwollen sein. In den zur Sektion gelangten Fällen fand sich eine Bronchopneumonie, deren Entstehung wahrscheinlich durch die Larynxerkrankung begünstigt war. Stadthagen.

E. Reale, Ueber Ausspülung des Magens mit Lapislösung. Wiener med. Wochenschr. 1896, No. 15/18.

Zur Ausspülung des Magens wurden 0,025—0,2 proc. Lösungen von Argentum nitricum angewendet. Berichtet wird über 11 Patienten (10 Männer und 1 Frau), von denen 9 an chronischem Magenkatarrh mit sekundärer, auch in geringem Salzsäuregehalt bestehender motorischer Schwäche litten. Der 10. Patient zeigte bei der Obduktion ein auf die Leber übergreifendes, den Pylorus verengerndes Carcinom, während der 11. an periodischen Anfällen der Reichmann'schen Krankheit litt. Vor Beginn der Behandlung wurde der Magenchemismus der Kranken nach HAYEM-WINTER geprüft. Bei solchen Patienten, die eine starke Schleimsekretion aufwiesen, wurde vor dem Ausspülen des Magens mit Silberlösung eine Auswaschung des Magens mit einer Sodalösung vorgenommen. Eine Intoleranz gegen die Ausspülungen mit Silberlösung wurde niemals beobachtet. Am zweckmässigsten erscheint es, mit Lösungen von 0,03 pCt. zu beginnen und jeden Tag um 0,01 zu steigen. Die Wirkung der genannten Behandlungsweise erstreckt sich 1. auf die motorische Thätigkeit des Magens, 2. auf den Chemismus des Mageninhaltes, 3. auf eventuell bestehendes Erbrechen, 4. auf den allgemeinen Ernährungszustand.

Die motorische Thätigkeit des Magens wird durch die Ausspülungen erheblich gebessert, was sich insbesondere bei Kranken mit Dilatation des Magens zeigt. Doch bleibt die Behandlung bei Kranken mit Carcinoma ventriculi in dieser Hinsicht erfolglos. Zugleich mit der Besserung der motorischen Funktion des Magens tritt eine solche des Darmes ein. Was die Wirkung auf den Chemismus des Magens anlangt, so wird die Salzsäuresekretion gesteigert. Die kombinirte Salzsäure erreicht höhere Werte, so dass die Magenverdauung eine regere und energischere wird. Bezüglich des Erbrechens bewirken die Ausspülungen des Magens mit Silberlösungen oft eine ausserordentlich rasche und in die Augen fallende Besserung, und ebenso günstig wird oft das Allgemeinbefinden der Kranken beeinflusst. Endlich schwinden die subjektiven Beschwerden der Kranken,

Digitized by Google

wie ihre Nervosität und ihre hypochondrische Verstimmung. Aus alledem kann man mit vollem Rechte schliessen, dass die Magenausspülungen mit Lapislösung in allen Fälleu von chronischem Magenkatarrh mit Hypochlorhydrie und Atonie des Magens indicirt sind. Die Heilnng erfolgt auf diese Weise schneller, als bei jeder anderweiten Behandlungsmethode. Das Argentum nitricum wirkt einmal specifisch auf den Entzündungszustand der Schleimhaut des Magens und daun auch als bakterientötendes Mittel. Möglicherweise wirkt es aber auch günstig auf die Innervation des Magens ein. Es folgen eine Reihe von Krankengeschichten nnd Tabellen.

C. Rosenthal.

E. H. Kisch, Ueber Herzbeschwerden während der Menarche. Berl. klin. Wochenschr. 1895, No. 39.

Als „Menarche" bezeichnet Verf. die Lebensperiode des Weibes, in der die Menses zum ersteu Male auftreten; in dieser Zeit können, nach den Beobachtungen des Verf.'s, 8 verschiedene Grnppeu von Herzbeschwerden vorkommen: 1. Nervöses Herzklopfen oder — selteuer — paroxysmale Tachycardie, bei sonst gesnnden Individnen vor der Periode auftreteud und einige Zeit nach derselbeu aufhörend. Als Ursacheu siud hier einerseits psychische Vorgänge, andererseits der von den Ovarieu und dem Uterus reflektorisch auf die Herznerven ausgeübte Reiz anzusehen. — 2. Herzbeschwerdeu bei Mädchen von chlorotischer Blutbeschaffenheit, welche letztere in den Vorgängen der Menarche ihren Grnnd hat; nehen häufigem und heftigem Herzklopfen, Dyspnoë und Angstgefühlen hei Bewegungen, finden sich hier systolische Geräusche über dem Herzen, sowie Nonnengeräusch über dem Bulbus der Vena jngularis. — Weseutlich seltener kommt es zur Zeit der Meuarche zu einer Herzhypertrophie, die veranlasst wird durch die mit ersterer einhergehendeu Störungeu der Blutcirculation und befördert wird durch rasches Wachstum der Mädchen, sowie durch hygienisch unregelmässige Kleidung (Corset). Perl.

---

1) **M. H. Lamy,** Lésions de la moëlle épinière produites expérimentalement par embolies aseptiques. Compt. rend. de la soc. de biol. 1896, No. 27.

2) **P. Remlinger,** Paralysie et atrophie musculaire consécutives a des injections de cultures stérilisées du pneumocoque. Ebenda.

1) L. stellte an Hunden und Katzen Injektionsversuche an mit Lycopodium oder gröberen Vanillekörnern für die grösseren spinalen Gefässe. Diese Pulvermassen wurden mit künstlichem Serum in die Aorta injicirt. Die Injektionen mit feineren Staubpartikelchen erzeugten rote Erweichungen in der grauen Snbstanz, die stets mehr befalleu war, als die weisse Substanz mit ihren peripheren Gefässverzweigungen. Ferner fand L. Veränderungen der Ganglienzellen in kleinen Gefässbezirken durch Circulationsstöruugen. Injektioneu mit gröberen Stoffen waren weniger schädlich; nur einmal wurde eine Paraplegie beobachtet mit tödlichem Ausgang, mehrfach Monoplegien, die zur Heilung kamen, beobachtet. Die Snbstanzen sassen hier meist in der Arteria spinalis anterior fest, die einen reichlichen

Collateralkreislauf zulässt und deren Verstopfung nur zu vorübergehender Ischämie führt.

2) R. injicirte einem Kaninchen (in 2 Dosen) 10 g einer durch Chloroform sterilisirten Pneumokokkenkultur und konnte schon nach 14 Tagen eine symmetrische Atrophie und Lähmung der Schultern und vorderen Extremitäten feststellen, die unter Fieber und schlechtem Allgemeinbefinden sich entwickelte und dann stationär blieb. — Paraplegien myelitischer Natur bei Kaninchen konnten Ballet und Lebon durch Injektion virulenter Pneumokokkenkulturen erzielen. S. Kalischer.

B. Lewy, Die Behandlung von Kopfschmerzen mit Methylenblau. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 45.

L. sah in vielen Fällen durch die Anwendung von Methylenblau migräneartige Kopfschmerzen nicht nur vorübergehend, sondern dauernd schwinden. Die Anfälle wurden mit der Zeit seltener oder blieben ganz aus. Neben der angiospastischen Migräne wurde auch der Kopfschmerz rein nervöser Natur und bei Neurasthenie mit Erfolg behandelt. L. gab Methylenblau 0,1 mit gepulverter Muskatnuss 0,1 in Kapseln ca. viermal täglich einige Tage lang, um dann auszusetzen. Schmerzhafter Urindrang und Blasenreizung kamen dabei nie zur Beobachtung, wohl aber Blaufärbung des Urins noch 2—8 Tage nach dem Aussetzen des Mittel. Meist genügte der Gebrauch von 0,3—0,4 g und selten bis 1 g zur Erzielung des Heilerfolges, der in einzelnen Fällen von habituellem Kopfschmerz als endgültig bezeichnet wird. S. Kalischer.

A. Fournier et **G. de la Tourette,** La notion étiologique de l'hérédosypbilis dans la maladie de Little. Iconogr. de la Salpêtrière 1895, No. 1.

Die Verff. konnten bei 2 Kindern, welche den bekannten Typus der Little'schen Gliederstarre zeigten, Lues hereditaria — beide Male vom Vater stammend, die beiden Mütter blieben gesund — nachweisen. Im zweiten Falle war ein früher geborenes Kind derselben Eltern, welches später starb, ebenfalls an Gliederstarre erkrankt. Bemerkenswert ist ferner, dass die antisyphilitische Behandlung in beiden Fällen unbestreitbare Besserungen schuf, besonders in Bezug auf die Gliedersteifigkeit. Nach Aussagen der Eltern wirkt Quecksilber besser als das Jod. M. Brasch.

H. Feulard, La pelade chez les enfants. Gaz. hebd. 1895, No. 45.

Die Alopecia acuta hat neuerdings in Frankreich eine ausserordentliche Verbreitung erfahren, welche selbst die des dort auch häufigen Herpes tonsurans des Kopfes übertrifft. An der Contagiosität der Krankheit, die sich namentlich zahlreich in Schulen, Kasernen u. dergl. findet, ist kaum zu zweifeln. Therapeutisch hat Verf. ganz besonders günstige und rasche Erfolge gesehen von dem abwechselnden Gebrauch des Schwefels und Sublimats, das auch bei andern Arten von Alopecia das Haarwachstum sehr günstig beeinflussen soll. Nachdem die Haare möglichst kurz ge-

Digitized by Google

schnitten sind, wird Abends, um einer weiteren Ausbreitung der Krankheit vorzubeugen, der ganze Kopf mit einer 10proc. Schwefelpomade und am nächsten Morgen, nach Waschung mit Salicylseife, mittelst einer weichen Bürste mit einer 0,1—0,2proc. spirituösen Sublimatlösung eingerieben. Die kahlen Plaques sind dann noch besonders mit einer starken, 1—2proc. alkoholischen Sublimatlösung, der man 10 pCt. Essigsäure zusetzen kann, zu behandeln. H. Müller.

Jadassohn, Ueber Stomatitis aphthosa (fibrinosa, pyogenes und impetiginosa). Nach einem Vortrage in der Schles. Gesellsch. f. vaterld. Kultur am 21. Juni 1895. S.-A.

J. demonstrirte einen Fall von aphthöser Entzündung der Mundschleimhaut bei einem 14 Monate alten Kinde, der klinisch nichts Besonderes bot. Die bakteriologische Untersuchung der weiss-gelblichen Beläge und des Grundes der Plaques ergab ausschliesslich Reinkulturen von Staphylococcus pyogenes aureus. Verimpfung derselben auf den Arm des Kindes rief eine abortiv verlaufende, oberflächliche Pustel hervor, aus der derselbe Mikroorganismus in Reinkultur gewonnen wurde, Einreibung des Belages einer Plaque auf das Bein erzeugte eine Anzahl oberflächlicher, ebenfalls den Staphylococcus aureus enthaltender Pusteln. Aus dieser wie aus anderen ähnlichen Beobachtungen ist zu schliessen, dass das Bild der Stomatitis aphthosa auch durch Staphylokokkeninfektion hervorgerufen werden kann und dass in manchen Fällen ein Zusammenhang mit der Impetigo vulgaris der Haut besteht, wofür auch der im Wesentlichen gleiche anatomische Befund bei beiden Prozessen spricht. H. Müller.

M. Benoit, Kyste hydatique des trompes. Annales de gynéc. 1896, Mai.

Verf. berichtet über einen Fall, wo bei einer Frau, die viel mit Hunden zu thun hatte, beide Tuben durch Ecchinococcus in grosse Säcke verwandelt waren; die ganze Geschwulst wog 2 kg und hatte eine Grösse von 32 : 28 cm. Die rechte Tube war 57 cm, die linke 53 cm lang. Die Wände waren verschieden dick, stellenweise ganz durchsichtig, in dem wässerigen Inhalte fanden sich Ecchinococcenblasen. Auf dem Netze und Peritoneum fanden sich erbsengrosse Tumoren mit den charakteristischen Membranen, jedoch ohne Häkchen. Der ganze Tumor hatte das Aussehen von verschlungenen Därmen und sass dem Uterus haubenförmig auf. Seine Auslösung war durch die Verwachsungen ziemlich erschwert.

A. Martin.

Pinard, Note pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine. Bull. de l'académie de méd. 1895, No. 47.

Verf. fand, dass die Kinder derjenigen Frauen, welche bis zum Beginn der Geburt gearbeitet hatten, weniger kräftig entwickelt waren, als die von Frauen, welche in einem Asyl für Schwangere verpflegt wurden. Eine darüber angestellte Statistik ergab: 500 Frauen, die bis zur Geburt arbeiten mussten, hatten zusammen 1,505,000 g Kindergewicht, d. h. pro Kind 3010 g. — 500 Frauen, die wenigstens 10 Tage in der Pflegestätte

Digitized by Google

für Schwangere gewesen, hatten 1,645.000 g, pro Kind 3290 g (140,000 g mehr). — 500 Frauen, die in der Clinique Baudelocque Pflege fanden, hatten 1,683,000 g, pro Kind 3360 g (178,000 g mehr). Ferner verglich Verf. die Schwangerschaftsdauer beider Gruppen von Frauen und fand unter 1000 Frauen, welche bis zur Geburt gearbeitet hatten, eine Schwangerschaftsdauer:

von	280	Tagen und mehr	482mal,
„	270—280	„	279 „
„	unter 270	„	239 „

Dagegen unter 1000 Frauen aus der Pflegstätte für Schwangere eine Schwangerschaftsdauer:

von	280	Tagen und mehr	660mal,
„	270—280	„	214 „
„	unter 270	„	126 „

Um eine kräftige, gut entwickelte Generation zu schaffen, ist daher eine sorgsame Pflege der Schwangeren erforderlich. A. Martin.

R. Verhoogen, Le tympanisme et le météorisme abdominal des hystériques. Mercredi méd. 1895, No. 40.

Bei der Hysterie findet man zwei, erst miteinander verwechselte Erscheinungen am Unterleibe, den Tympanismus und den Meteorismus. Der Meteorismus beruht auf einer Anhäufung von Gasen in den Eingeweiden, hervorgerufen durch Verschlucken von Luft oder durch abnorme Gährungen. Die Ursache des Tympanismus besteht in einer Kontraktion des Zwerchfells, wodurch die Eingeweide gegen die untere Partie des Unterleibes gedrängt werden. Tympanismus und Meteorismus können bei derselben Person zusammen vorkommen.

Bei Tympanismus halfen Einwickelungen in feuchtwarme Tücher und verlängerte warme Bäder, bei Meteorismus capilläre Punktionen, Anwendung des Mastdarm-Bougies und Kompression des Unterleibes. Wenn man die Anwesenheit von abnormen Gährungsstoffen vermutet, so muss man antiseptische Mittel anwenden. Abführmittel sind ohne Erfolg, im Gegenteil geeignet, die Erscheinungen zu verschlimmern. A. Martin.

Coromilas, On the action of quinine on the kidneys and genital organs during pregnancy. Edinb. med. journ. 1895, August.

Zur Frage, ob das Chinin wehenerregend wirke, werden 3 Fälle mitgeteilt, bei denen nach mässigen Gaben die Schwangerschaft bei zarten, anämischen, nervösen Individuen unterbrochen wurde. Ob nicht auch die bestehende Krankheit (Pneumonie, Malaria) dafür verantwortlich gemacht werden muss, wird nicht erörtert. Beim 4. Falle scheint Verf. eingesehen zu haben, dass der Fall in der mitgeteilten Form keinerlei Schlussfolgerungen zulässt und begnügt sich mit der einfachen Mitteilung.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **30. Januar.** No. 5.

Inhalt: Seelig, Einfluss des Milchzuckers auf bakterielle Eiweisszersetzung. — Kossel, Ueber die basischen Stoffe des Zellkerns. — Sticker, Ammoniak im Speichel. — Laquer, Einfluss der Milch auf die Alloxurkörper-Ausscheidung. — Quincke, Ueber die direkte Eisenreaktion in den Geweben. — Ricker, Zur Histologie verlagerter Nebennierenteile. — Dumont, Schramm, Fälle von Oesophagotomie. — Buttersack, Der lufthaltige subphrenische Abscess. — Kleinberg, Geheilter Fall von Abdominalverletzung mit Darmvorfall. — Schirmer, Ueber Faltungstrübungen der Hornhaut. — Anton, Zur Casuistik der Acusticustumoren. — Meyer, Bakteriologie der Rhinitis fibrinosa. — Fein, Fall von vererbter Gaumenspalte. — Descazals, Ueber die Papageienseuche. — Behring und Knorr, Käufliches Tetanusantitoxin. — Halban, Zur Pathogenität des Friedländer'schen Pneumoniebacillus. — Nicolaier, Die therapeutische Verwendung des Urotropins. — Kossel, Monti, Schleicher, Soerensen, Beiträge zur Serumtherapie. — Sokolowski, Ueber die idiopathische fibrinöse Bronchitis. — Siemerling, Frenkel, Verhalten der Pupille bei Geisteskranken. — Wharton, Fall von Dislocation des N. ulnaris. — Krisowski, Symptom der hereditären Lues. — Kellogg, Ueber das Favusscutulum. — Wasthin, Fall von Extrauterinschwangerschaft. — Loewi, Wirkung von Blausäure, Arsen und Phosphor. — Gottlieb, Wirkung der Nebennierenextrakte auf Herz und Blutdruck. — Der XV. Kongress für Innere Medizin.

P. Seelig, Ueber den Einfluss des Milchzuckers auf die bakterielle Eiweisszersetzung. Virchow's Arch. Bd. 146. S. 53.

Bei ausschliesslicher oder überwiegender Ernährung mit Milch unterliegt das Caseïn im Darm bekanntlich nur in sehr geringem Grade der Fäulnis. Dasselbe gilt, wie Schmitz nachgewiesen hat, für frischen Käse. Ueber die Ursache dieser Erscheinung besteht keine volle Uebereinstimmung, indessen wird sie von vielen Seiten auf den Milchzucker zurückgeführt, entsprechend der fäulniswidrigen Wirkung der Kohlehydrate überhaupt. Verf. hat nun unter Leitung des Ref. untersucht, welche Produkte Peptonlösungen liefern, wenn man sie mit Bacterium coli impft und vierzehn Tage digerirt, und zwar einerseits für sich allein, andererseits nach vorgängigem Milchzuckerzusatz. Die angewendeten Peptonlösungen waren 2proc. Stets wurde ausserdem noch Alkali zugesetzt, und zwar in wechselnder Quantität: in 2 Versuchsreihen (Doppelreihen) 2,4 g Natriumcar-

bonat auf 1 Liter Peptonlösung, in 2 anderen Doppelreihen 3,6 g. Als Resultat ergab sich: In den milchzuckerfreien Kulturen fand sich Indol und Phenol, in den Milchzucker enthaltenden dagegen nicht. Die Quantität der gebildeten Säure war in den milchzuckerhaltigen Kulturen weit grösser wie in den milchzuckerfreien. Unter den nichtflüchtigen Säuren fand sich keine Milchsäure, dagegen Bernsteinsäure. Stets gaben die Destillate Aldehydreaktionen, jedoch war dieses auch dann der Fall, wenn die Peptonlösung unmittelbar nach der Herstellung destillirt wurde, das Aldehyd ist also als Verunreinigung aufzufassen. Der Milchzucker hat also in der That das Pepton vor der Zersetzung durch Bacterium coli geschützt und ist selbst zum Teil zersetzt worden. E. Salkowski.

A. Kossel, Ueber die basischen Stoffe des Zellkerns. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 176.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem von Miescher vor mehr als 20 Jahren im Lachssperma entdeckten, dann von Piccard untersuchten Protamin. Verf. hat zunächst eine neue und sehr einfache Methode zur Darstellung des Protamin aufgefunden, für welche er ausser dem schwer zugänglichen Lachssperma auch die Testikeln vom Stör verwendete.

Die reifen Testikel werden zerhackt, mit Wasser geschüttelt, colirt, die milchige, colirte Flüssigkeit mit einigen Tropfen Essigsäure versetzt, wodurch sich die im Wasser suspendirten morphotischen Elemente zusammenballen. Man filtrirt, kocht den Filterrückstand mehrmals mit Alkohol aus, extrahirt mit Aether, trocknet bei Zimmertemperatur. 100 g dieser trocknen Spermamasse werden mit 500 ccm 1proc. Schwefelsäure eine Viertelstunde lang durchgeschüttelt, filtrirt, das Filtrat mit der dreifachen Menge Alkohol gefällt und so das schwefelsaure Protamin erhalten, welches dann weiter zu reinigen ist.

Für das Protaminsulfat aus Lachssperma ergab die Analyse die Formel $C_{16}H_{31}N_9O_{31}, H_2SO_4$. Für das Protaminsulfat aus Störsperma steht die Formel noch aus. Da dasselbe sicher von dem aus Lachssperma verschieden ist, schlägt Verf. vor, das Protamin aus Lachssperma Salmin, das aus Störsperma Sturin zu nennen, für beide aber die gemeinsame Bezeichnung Protamin beizubehalten. Die wässerige Lösung der Sulfate wird durch Metallsalze, Phosphorwolframsäure, Jodjodkalium etc. gefällt, Ammoniak fällt die Base in öliger Form aus. Beide Protamine geben die Biuretreaktion und bilden Benzoylester, die Salze beider werden durch Kochsalzlösung ausgefällt, die des Salmins leichter, wie die des Sturins.

Zur Untersuchung der Spaltungsprodukte wurden 20 g Sturinsulfat mit 120 g Wasser und 60 g Schwefelsäure 8 Stunden am Rückflusskühler gekocht. Unter den Spaltungsprodukten fand sich das von Schultze und Steiger entdeckte Arginin und eine neue, gut krystallisirende Base, das „Histidin", deren Zusammensetzung entweder $C_{12}H_{20}N_6O_4$ oder $C_9H_9N_3O_2$ ist. Amidosäuren entstehen bei der Zersetzung des Protamins entweder nicht, oder nur in äusserst geringer Quantität. E. Salkowski.

Digitized by Google

G. Sticker, Ammoniak im Mageninhalt und im Speichel. II. Ammoniak im Speichel. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 43.

Verf. kommt auf Grund von Versuchen zu dem Satze: Das Ammoniak kommt normalerweise weder aus den Speisen, noch durch das Magensekret in den Magen, sondern mit dem Speichel, dessen regelmässiger Bestandteil es ist. Für letzteren Punkt giebt St. eine Reihe von bekannten Ammoniakproben an, die an dem, am besten mit einigen Tropfen Kalkmilch oder 10proc. Sodalösung versetzten, Speichel stets positiv ausfallen. Er unterscheidet weiter fest- und lockergebundenes NH_3; ersteres ist das, welches schon bei gewöhnlicher Temperatur und ohne weiteren Zusatz frei wird; letzteres wird durch höhere Temperatur oder Alkalizusatz gewonnen. Der procentuale Gehalt des Speichels, nach Schlösing bestimmt, lag in 13 Versuchen zwischen 0,0047 und 0,027 pCt.

Ammoniakbestimmungen im ausgeheberten Speisebrei zeigten, dass dieser bedeutend ärmer daran war, als der Speichel, und dass das vorhandene NH_3 nicht aus den Magendrüsen zu stammen schien. — Endlich wurde durch besondere Versuche ausgeschlossen, dass das im Speichel gefundene NH_3 aus der durch den Mund streichenden Exspirationsluft stammte.

A. Loewy.

B. Laquer, Ueber die Beeinflussung der Alloxurkörper (Harnsäure + Xanthinbasen)-Ausscheidung durch Milchdiät und über Fettmilch bei Gicht. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 36.

Die in der Ueberschrift mitgeteilten Versuche stellen einen Teil der Untersuchungen dar, die Verf. über die Alloxurkörperausscheidung unter physiologischen und pathologischen Bedingungen angestellt hat (s. Verhdl. d. Kongr. für innere Med. 1896). — Zunächst stellte er den Einfluss der Flüssigkeitszufuhr an sich bei Gesunden fest. Sie steigerte die Alloxurkörperausscheidung; dabei nahm die Harnsäure-Ausfuhr nur wenig (circa 10 pCt.), die der Xanthinbasen sehr erheblich (ca. 100 pCt.) zu. Wurden die genossenen $1^1/_2$—2 l Wasser durch Fettmilch ersetzt, so sank die Harnsäure um mehr als die Hälfte pro die, die Xanthinbasen dagegen stiegen auf das Doppelte, so dass das Verhältnis $\frac{\text{Harnsäure-N}}{\text{Basen-N}}$ sich umkehrte und Basen-N $>$ Harnsäure-N wurde. Es wurde dies bisher nur unter pathologischen Verhältnissen beobachtet. Dasselbe bewirkte die Fettmilch bei einem Kranken mit Gicht und Bleischrumpfniere.

Auf Grund der erzielten Herabsetzung der Harnsäure-Ausscheidung empfiehlt Verf. die Gärtner'sche Fettmilch angelegentlich als Diäteticum bei uratischer Diathese. (Gewöhnliche Milch hat übrigens einen ähnlichen Effekt. Ref.)

A. Loewy.

H. Quincke, Ueber direkte Fe-Reaktion in tierischen Geweben. Archiv f. experim. Pathol. etc. Bd. 37. S. 183.

Die Bedeutung, die der direkte Fe-Nachweis in Geweben für das Studium verschiedener Fragen in letzter Zeit erlangt hat, giebt dem Verf. Veranlassung, genauer das Verfahren, das sich ihm bewährt hat, sowie die Fehlerquellen und Cautelen mitzuteilen. Die mikroskopischen Schnitte

kommen in NH_4SH (rein oder bis auf $^1/_{10}$ verdünnt) bis zur eingetretenen Färbung; schnelles Abspülen in Wasser, Einlegen in Glycerin. Am meisten geeignet sind in Alkohol gehärtete Präparate, weniger frische. — Organstücke, in NH_4SH gelegt, zeigen schon makroskopisch Fe an durch Grünfärbung. Die Eisenreaktion bezieht sich nur auf lockergebundenes Fe; Hämoglobin, Met-HB, Hämatin reagiren nicht auf NH_4SH, dagegen Ferratin, sonstige in der Leber vorhandene Eisenalbuminate, Hämatogen des Eidotters.

Weniger empfehlenswert ist die Behandlung der Präparate mit Ferrocyankalium und Salzsäure, beide in $^1/_2$—1proc. Lösung. Die mikroskopischen Bilder sind hübscher, aber die Reaktion ist weniger fein, als die mit NH_4SH. Für makroskopischen Fe-Nachweis ist sie gar nicht zu gebrauchen. Sie giebt ausserdem zu Irrtümern leicht Veranlassung dadurch, dass aus dem Ferrocyankalium selbst unter Umständen Fe frei wird und mit dem noch unzersetzten Ferrocyankalium Berlinerblau-Reaktion giebt, wo ursprünglich gar kein Fe vorhanden ist. Allerdings sind die Färbungen dauerhafter, als die schneller vergänglichen mit NH_4SH. A. Loewy.

G. Ricker, Zur Histologie der in der Niere gelegenen Nebennierenteile. Centralbl. f. allg. Pathol. etc. 1896. VII. No. 8/9.

Verf. teilt eine Reihe von Beobachtungen mit, welche eine grosse Mannigfaltigkeit in dem Bau der in die Niere verlagerten Nebennierenteile erkennen lassen und die Aktivität der Niere gegenüber dem fremden Gewebe beweisen. Zunächst fand sich in 3 Fällen ein fast überall durch eine bindegewebige Kapsel von der Nierenrinde getrennter Nebennierenteil; nur in einer Lücke grenzten 6—10 Nebennierenzellstränge der Zona fasciculata unmittelbar an die Rindenkanälchen der Niere. In einem dieser Fälle lagen in der Kapsel mit niedrigem Cylinderepithel ausgekleidete Cysten, die, von der Niere stammend, während der Anlage der Kapsel entstanden sein müssen. In einem weiteren Fall zog durch eine Lücke der Kapsel ein Strang von ca. 8 gewundenen Harnkanälchen zwischen die Zellkörper der Zona fasciculata hinein, an dessen Spitze eine von der Niere kommende Cyste sass. In kleinerem Maassstab war dies Verhalten der gewundenen Harnkanälchen auch in einigen anderen Fällen zu beobachten. In einem Falle liess sich sogar ein gerades Harnkanälchen in der Zona fasciculata des Nebennierenteils verfolgen, begleitet von typischen Nierencysten.

Ein anderer Nebennierenteil zeigte in der einen Hälfte eine Zona glomerulosa, fasciculata und pigmentosa, zwischen ihnen einige deutliche Nierencysten; die andere Hälfte wird von einer Gruppe von Nierencysten gebildet, in deren Bindegewebe pigmentirte, aus der Zona reticularis verlagerte Zellen und einzelne mit kurzen Balken der Zona fasciculata übereinstimmende Cylinder von Zellen sich befinden. Ein weiterer subkapsulär gelegener Nebennierenteil zeigt als einziger deutliche Marksubstanz mit grossen venösen Gefässräumen, um die herum die verschiedenen Schichten der Rindensubstanz sich aufbauen. Zwischen allen diesen Abschnitten liegen Harnkanälchen und Nierencysten. An einer Cyste findet sich sogar eine Papillenbildung.

Digitized by Google

Verf. beschreibt dann noch 4 Fälle, in denen Teile der verlagerten Nebenniere sich von dieser aus in das Nierengewebe hinein erstrecken. Es handelt sich hier also nicht um eine einfache Heterotopie, sondern um eine complicirte Missbildung. Die Mitbeteiligung der Niere kommt jedenfalls im embryonalen Leben zu stande. Die beobachtete Papillenbildung lässt die Entstehung von Nierengeschwülsten in den Nebennierenteilen denkbar erscheinen. Die Häufigkeit der Nebennierengeschwülste in der Niere gegenüber dem seltenen Vorkommen an anderen Stellen erklärt sich vielleicht durch die starken Abweichungen dieser Nebennierenteile vom Bau des Mutterorgans. M. Rothmann.

---

1) **F. Dumont,** Oesophagotomie mit vorhergehender Strumectomie wegen verschluckten Gebisses. Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte 1895, No. 14.
2) **H. Schramm,** Ein Fall von Oesophagotomie bei einem einjährigen Kinde. (Aus dem St. Sophien-Kinderspital zu Lemberg.) Wiener med. Wochenschr. 1895, No. 50.

1) Der 43jährige Pat. hatte die Gebissplatte während eines epileptischen Anfalles verschluckt und erfolgte die Operation, welche in Eröffnung der Speiseröhre nach Guattani oberhalb des 20,5 cm von der Zahnreihe entfernten Fremdkörpers und Entfernung des hinderlichen linken Schilddrüsenlappens bestand, 7 Tage später. Die Gebissplatte war mit ihrer 4 cm weit von einander entfernten Enden in der Speiseröhrenwand quer festgehakt und gelang ihre Entfernung erst nach mehreren Versuchen. Oesophagus-Naht. In den ersten 4 Tagen wurde Pat. durch Nährklystiere, dann 20 Tagen lang mit der Magensonde ernährt. Bei der Entlassung, 28 Tage post operationem, bestand noch eine fliessende Fistel, die sich erst nach 2 Monaten schloss. In der Epikrise des Falles (der 10. Oesophagotomie in der Schweiz, der ersten in Bern) längere Betrachtungen, warum anfänglich der Nachweis des Fremdkörpers mit der vorbeipassirenden Kugelsonde nicht, wohl aber mit dickeren anderen Sonden gelang.

2) Den bisher veröffentlichten 11 Fällen von Speiseröhrenschnitt bei Kindern reiht Verf. eine eigene 12. Beobachtung an. Das einjährige Kind hatte einen Fremdkörper (wahrscheinlich einen Uniformknopf) verschluckt, welcher unterhalb des Ringknorpels mit scharfem Rande zu fühlen war. Seine Herausbeförderung auf natürlichem Wege durch Zangen gelang nicht, aber erst am 3. Tage willigte die Mutter in die Operation. Man fand einen Porzellanknopf von 2 cm Durchmesser und $^1/_2$ cm Dicke mit abgerundeten Rändern, dessen Extraktion mit einer gewöhnlichen Kornzange leicht gelang. Die Speiseröhrenwunde wurde durch die Naht geschlossen und es erfolgte glatte Heilung. — Im Ganzen boten die 12 Speiseröhrenschnitte eine Sterblichkeit von 25 pCt.

P. Güterbock.

Buttersack, Der luftbaltige subphrenische Abscess. Peritonitis circumscripta. Heilung durch Operation. Münchner med. Wochenschr. 1896, No. 6.

Eine seit dem 15. Jahre häufig magenleidende 28jährige Frau erkrankte plötzlich unter Erscheinungen von heftigem Magenschmerz, Er-

brechen und Collaps. Nach 2 Wochen fand sich die Oberbauchgegend in der Mitte halbkugelig stark hervorgewölbt, in der Mitte mit tympanitischem, an den Seiten mit gedämpftem Schall. In Bestätigung der Diagnose fand man eine unter Zischen stinkendes Gas und 2 Liter jauchigen Eiters entleerende Höhle, welche, nach oben links vom Zwerchfell begrenzt, weit in den Brustkorb sich erstreckte. Nachdem wegen Eiterverhaltung eine Gegenöffnung mit Resektion der VIII. linken Rippe angelegt worden war, erfolgte die Weiterbehandlung in den nächsten 11 Tagen in prolongirtem Wasserbade. Husten und Auswurf stellten sich ein und schliesslich, 26 Tage nach der ersten Operation, konnte Verbindung der Lunge mit der Eiterhöhle dargethan werden, insofern, als der Auswurf eitrig wurde, und Pat. von dem Kreolin der Spülflüssigkeit, in die Nase bekam. Langsame Heilung, doch bestand noch nach 5 Monaten etwas Dämpfung des Brustkorbs links hinten und unten.

In längerer Epikrise wendet sich B. gegen die Behandlung ähnlicher Fälle mit der Punktionsdrainage als unzureichend für die Entleerung.

P. Güterbock.

A. Kleinberg, Ein Fall von penetrirender Abdominalverletzung mit Darmprolaps. Ausgang in Heilung. Petersburger med. Wochenschr. 1895, No. 25.

Betrifft eine Bäuerin, die, nachdem sie von einem wütenden Eber angefallen war, sich ohne fremde Hülfe noch $^1/_3$ Werst weiterschleppen musste. Die zur Reposition erforderliche Laparotomie wurde 7 Stunden nach dem Trauma unter den ungünstigen Verhältnissen einer schmutzigen Bauernhütte, ohne Assistenz und unter Widerspruch der Umgebung der Verletzten ausgeführt. Pat. konnte am Ende der 5. Woche das Bett verlassen und ist seitdem mehrfach völlige Heilung (ohne Bauchbruch?) von K. konstatirt worden.

P. Güterbock.

O. Schirmer, Ueber Faltungstrübungen der Hornhaut. v. Graefe's Arch. f. Ophthalm. XLII. (3.) S. 1.

Die Streifentrübung der Hornhaut nach Kataraktextraktionen beruht auf einer Faltung der Membrana Descemetii. Streng davon zu trennen ist eine diffuse Corneatrübung, die sich in sehr vielen Fällen zwischen den Streifen bildet. Dieselbe ist auf eine Quellung der Cornea zurückzuführen, hervorgerufen durch Läsionen des Descemet'schen Endothels. Höchst wahrscheinlich steht die Faltenbildung in causalem Zusammenhang mit der Wundheilung. — Bei der Hypopyonkeratitis sieht man zuweilen eine Anzahl zarter Striche vom Geschwürsrande radiär ausstrahlen. Sie sind von grauer Farbe, meist ganz geradlinig, seltener leicht gekrümmt, am intensivsten sind sie unmittelbar am Geschwürsrand und hier $^1/_4$—$^1/_2$ mm breit. Diese Partie weist eine zarte diffuse Trübung auf, die sich eine kurze Strecke vom Geschwürsrand verfolgen lässt. Auch diese Streifen liegen in der Ebene der Descemet'schen Membran und beruhen auf einer Faltung derselben. Da bei jedem Cornealgeschwür die Cornealamellen sammt der Descemetis durch den intraocularen Druck nach vorn gedrängt werden, so ist die Faltenbildung der wenig elastischen Membrana Descemetii zu er-

Digitized by Google

klären. Als felderförmige Trübung bezeichnet Sch. eine ziemlich ausgedehnte graue Trübung, in den tiefsten Schichten der Hornhaut gelegen, welche durch eine Anzahl völlig gerader, dunkler Linien, die mannigfache Winkel und Ecken bilden, in eine Anzahl unregelmässiger, geradlinig abgegrenzter Felder eingeteilt wird. Sie kommt vor in Fällen von schwerer Keratitis parenchymatosa, von Hypopyonkeratitis und von Contusio corneae. Eine wolkige Trübung, hervorgerufen durch Verletzung der Descemet'schen Endothels, ist meist gleichzeitig vorhanden. Auch hier handelt es sich um eine Faltung der Membrana Descemetii. Die felderförmige Trübung ist nur eine höhere Entwicklungsstufe der Streifentrübung. Den Schluss der Arbeit bildet die Beschreibung eines Falles von Streifentrübung der Cornea, durch Faltung der Bowman'schen Membran bedingt. Horstmann.

Anton, Beitrag zur Casuistik der Acusticustumoren. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 41. S. 116.

In den beiden von A. mitgeteilten Fällen (Männer von 55 und 68 Jahren) handelte es sich um zellenreiche Fibrome, sogen. Fibrosarkome, deren Entwicklung von den Nervenscheiden des Acusticus und teilweise auch des Facialis ausging. In dem einen Falle fand sich Nervenatrophie im peripheren Teile des Acusticus und in der Schnecke, offenbar durch Druck des Tumors bedingt, da die Untersuchung des Gehörorgans keine anderen Anhaltspunkte dafür bot und auch der durch das Neoplasma komprimirte Nerv. facial. dieselben Degenerationserscheinungen zeigte.

Schwabach.

E. Meyer, Bakteriologische Befunde bei Rhinitis fibrinosa. Arch. f. Laryng. u. Rhinol. IV. (2.)

Nach Verf.'s Befunden ist die Rhinitis fibrinosa ätiologisch keine einheitliche Krankheit. Einerseits kann sie als Symptom einer diphtherischen Infektion auftreten, andererseits aber auch durch andere Krankheitserreger, namentlich Streptococcen und Staphylococcen, hervorgerufen werden.

W. Lublinski.

Fein, Ein Fall von vererbter Gaumenspalte. Wiener klin. Wochenschr. 1896, No. 43.

Bei einem 8jährigen Knaben fand sich ein Uranocoloboma posticum, das durch die Nahtvereinigung der Gaumenbeine und der hinteren Teile der Gaumenfortsätze des Oberkiefers zu stande kam.

Bei dem Vater fand sich eine gespaltene Uvula und ein Gaumenknochendefekt ohne Weichteilsdefekt. Bei der Grossmutter bestand eine viel seichtere dreieckige Einkerbung am harten Gaumen und in der Mittellinie des weichen Gaumens eine aussergewöhnlich derbe, weisse Raphe.

W. Lublinski.

Descazals, La psittacose. Gaz. des hôp. 1896, No. 111.

Mit dem Namen Papageiensenche wird eine Infektionskrankheit bezeichnet, welche 1892 zum ersten Male von Buenos-Ayres mittelst Papa-

geien nach Frankreich eingeschleppt wurde. Anfangs wurde die Krankheit nicht als eine neue erkannt, in späteren Epidemien wurde festgestellt, dass es sich um eine spezifische Infektionskrankheit handelt, welche auf den Menschen übertragbar ist. Die Uebertragung findet entweder durch direkte Berührung mit Papageien statt, oder durch Mittelträger; es ist auch eine Infektion von Menschen auf Menschen beobachtet worden. 1893 wurde der Erreger der Krankheit von Nocard entdeckt. Es ist ein kurzes, ziemlich dickes, sehr bewegliches Stäbchen mit abgerundeten Enden. Es entwickelt sich auf den meisten festen und flüssigen Nährböden, falls dieselben neutral oder schwach alkalisch sind. Nach Gram färbt es sich nicht, Gelatine wird nicht verflüssigt, Traubenzucker nicht vergohren, Milch nicht coagulirt. Es ist nicht nur für Papageien pathogen, sondern auch für Tauben, Hühner, Mäuse, Kaninchen, Meerschweinchen etc. Bei intravenöser oder intraperitonealer Injektion oder beim Einbringen in die Trachea sterben die Tiere unter Erscheinungen einer hämorrhagischen Septikämie innerhalb 48 Stunden, die Organe sind mit den Bakterien vollgepfropft. Werden die Bakterien unter die Haut oder in die Muskulatur injicirt, oder werden sie verfüttert, so tritt der Tod nach 8—14 Tagen unter profusen Diarrhoen, Abmagerung und Somnolenz ein.

Das Incubationsstadium dauert 8—12 Tage. Lokale Symptome leiten meist darauf das Krankheitsbild ein. Man sieht ein leichtes, wenig scharf begrenztes Oedem an den Lippen und in den benachbarten Regionen. Besonders tritt dieses Oedem bei Leuten auf, welche ihren Papagei aus dem Munde fressen lassen. Darauf treten diphtheroide Plaques im Munde und Rachen auf. Fehlen die lokalen Erscheinungen, so leiten Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, vage Schmerzen im Rumpf und in den Gliedern und Gliedersteifigkeit das Krankheitsbild ein. Das ausgesprochene Krankheitsbild ähnelt dem Typhus, es ist von diesem jedoch besonders durch das Fieber verschieden, indem bereits am zweiten Tage 39,8—40° C. erreicht werden, dann kommt eine Febris continua; die Defervescenz vollzieht sich in etwa 3 Tagen, indem sowohl die Temperaturminima wie die Maxima gleichzeitig abfallen, so dass die grossen Intervalle zwischen Morgen und Abendtemperatur fehlen. Im Uebrigen ist das Krankheitsbild ähnlich dem Typhus; wie bei dieser Krankheit sind auch bei der Papageienseuche Komplikationen nicht selten, und diese bestimmen meist den Ausgang der Krankheit, besonders die Komplikationen von Seiten der Lunge. Bei Eintritt der Rekonvalescenz ist der Kranke stark abgemagert und anämisch, er erholt sich sehr langsam. Die Therapie muss sich auf Prophylaxe beschränken; wenn eine Infektion stattgefunden hat, so haben die beim Typhus üblichen Maassnahmen Platz zu greifen. H. Bischoff.

Behring und **Knorr**, Tetanusantitoxin für die Anwendung in der Praxis. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 43.

Von den Farbwerken Höchst a. M. wird nach den Vorschriften der Verff. wirksames Tetanusantitoxin in zwei Präparaten abgegeben. Das erste ist ein trockenes Präparat, von welchem 1 g 100 Antitoxinnormaleinheiten enthält. 5 g in 45 ccm sterilisirtem Wasser von 40° C. gelöst, sind als

Digitized by Google

einfache Heildosis anzusehen, wenn die Behandlung vor Ablauf der ersten 36 Stunden nach Ausbruch des Tetanus vorgenommen wird. Es empfiehlt sich, das Mittel intravenös zu geben, weil dann die volle Antitoxinwirkung 24 Stunden früher zur Geltung kommt, als bei subkutaner Injektion. Wird nach 36 Stunden injicirt, so ist eine sichere Heilung fraglich, zumal der Zeitverlust durch höhere Dosirung weniger auszugleichen ist, als beim Diphthericantitoxin. Die Wunde, von welcher der Tetanus ausgeht, ist antiseptisch zu behandeln, um die fortschreitende Giftproduktion zu verhindern. Das zweite Präparat ist ein gelöstes fünffaches Tetanusnormalantitoxin, es wird in Fläschchen zu 5 g verabfolgt. Von dieser Lösung sollen nach einer Verwundung, welche Tetanusausbruch befürchten lässt, 0,5 bis 5,0 ccm injicirt werden. Die Höhe der Dosis richtet sich nach der Zeit, welche nach der Verletzung verflossen ist. H. Bischoff.

Halban, Beitrag zur Pathogenität des Friedländer'schen Bac. pneumoniae. (Ein Fall von Haematocele suppurativa.) Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 44.

Verf. behandelte einen Pat. mit traumatischer Hämatocele, welche vereiterte. Im Eiter wurden kurze Kapselstäbchen gefunden, welche sich nach Gram entfärbten, in Gelatinestichkultur die Nagelform zeigten, Zuckeragar vergährten, auf Kartoffeln als grauweisser Belag wuchsen und für Tiere pathogen waren. Trotz der Art des Wachstums auf Gelatine und der Pathogenität nimmt H. an, dass es sich um den Friedländer'schen Pneumoniebacillus handelte, welcher vermutlich auf der Blutbahn in die Hämatocele gelangt ist. H. Bischoff.

A. Nicolaier, Ueber die therapeutische Verwendung des Urotropin (Hexamethylentetramin). Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 34.

N. hat bereits früher (in diesem Blatt 1894, No. 51) berichtet, dass das Urotropin in Dosen bis zu 6 g pro die von Erwachsenen ohne unangenehme Nebenwirkung gebraucht werden kann, dass unter dem Einfluss des Mittels die Diurese sich vermehrt und Harnsäure- bezw. Uratsedimente, die vorher reichlich ausfielen, nicht mehr zur Ausscheidung kommen. Weitere Versuche ergaben nun, dass nach Darreichung des Urotropins der Harn harnsäurelösende Eigenschaften erhielt, ohne dass die vorher saure Reaktion sich änderte; das Mittel erscheint daher ganz besonders für die Behandlung harnsaurer Steine geeignet. Es zeigte sich dann aber auch weiterhin, dass die Vermehrung der Diurese in manchen Fällen ausbleiben kann, und ferner, dass, obwohl Tagesdosen von 8 und auch 10 g von Erwachsenen gut vertragen wurden, doch bei anderen ohne erkennbaren Grund bei längere Zeit fortgesetztem Gebrauch von Gaben bis zu 6 g gelegentlich unangenehme Nebenwirkungen auftreten: Gefühl von Brennen in der Blasengegend, vermehrter Harndrang; gelegentlich fand N. auch rote Blutkörperchen im Sediment. Diese Erscheinungen gingen übrigens nach Aussetzen des Mittels schnell vorüber. Ferner beobachtete N., dass nach Anwendung des Urotropins der Harn bei 37° C. die Entwicklung von Mikroorganismen (Bakterien der ammoniakalischen Harngährung und Bacterium

coli commune) zu hemmen vermag, und dies veranlasste ihn, das Mittel auch bei bakteriellen Erkrankungen der Harnwege therapeutisch zu versuchen; es zeigte sich in der That, dass eine derartige günstige Wirkung schon bei kleinen Tagesdosen, von 0,5—1,5 g, eintrat. K. Kronthal.

---

1) **H. Kossel,** Zur Statistik der Serumtherapie gegen Diphtherie. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 22.
2) **Monti,** Weitere Beiträge zur Anwendung des Heilserums gegen Diphtherie. Arch. f. Kinderheilk. XXI. S. 1.
3) **A. Schleicher,** Beitrag zur Serumtherapie. Wiener med. Presse 1896, No. 27.
4) **Soerensen,** Versuche mit Serumtherapie bei Diphtherie im Blegdam-Spitale in Kopenhagen. (Mitteilung No. II. Versuche mit französischem und dänischem Serum.) Therap. Monatsh. 1896, S. 411.

1) Von verschiedenen Seiten war gegen die statistischen Berechnungen, welche den Heilwert des Diphtherie-Serums beweisen sollten, der Einwand erhoben, dass die Zahlen nur ein procentuales Herabgehen der Mortalität an Diphtherie erwiesen und dass dieses Herabgehen lediglich Folge der gesteigerten Aufnahme von leichten Diphtheriekranken in die Krankenhäuser sei. Um diesen Einwand zu widerlegen, weist K. nach, dass nicht nur die proeentuale Mortalitätsziffer, sondern auch die absolute Zahl der Todesfälle an Diphtherie seit Einführung des Heilserums in- und ausserhalb der Krankenhäuser rapide gesunken sei. So betrug z. B. auf 100,000 Einwohner der grossen deutschen Städte berechnet, die Zahl der Todesfälle an Diphtherie für die Jahre 1886—94 durchschnittlich 106, sank plötzlich im Jahre 1895 auf 53. Dagegen wird die vielfach aufgestellte Behauptung, die Diphtherie habe schon vor Einführung der Serumtherapie seit Anfang der 90er Jahre abgenommen, durch die vom Reichsgesundheitsamt veröffentlichten Sterbeziffern widerlegt.

2) M. hat im Jahre 1895 auf der von ihm geleiteten Diphtherie-Abteilung 104 Kranke mit Heilserum behandelt; die Sterblichkeit betrug insgesammt 20 pCt. Ein richtiges Urteil über den Heilwert des Serums ist nach M.'s Meinung aber nur dadurch zu gewinnen, dass man die Diphtheriefälle nach den verschiedenen Krankheitsbildern gesondert betrachtet. M. scheidet hiernach: 1. fibrinöse Form (Membran sitzt nur der Oberfläche der Schleimhaut auf, innere Organe nicht oder wenig verändert), 2. Mischform (Gewebe der Schleimhaut tiefer ergriffen, dabei degenerative Prozesse der inneren Organe), 3. gangränöse Form. Sein Gesammturteil fasst Verf. dahin zusammen: Bei der fibrinösen Form der Diphtherie ist die Heilserumbehandlung die einzige, welche glänzende Resultate liefert, und die auch im staude ist, bei Erkrankung des Kehlkopfs die chirurgische Hülfe auf ein sehr beschränktes Gebiet zu reduciren. Bei dieser Form gelingt es, die Mortalität mittelst der Heilserumtherapie auf 10 pCt. herabzusetzen. — Bei der Mischform kann man mit der Heilserumbehandlung günstige Erfolge erzielen, wenn deren Anwendung frühzeitig erfolgt und eine genügende Dosis des Heilserums verwendet wird. Bei verspäteter Anwendung und ungenügenden Dosen des Antitoxins ist es bisher nicht

gelungeu, einen wesentlichen Einfluss auf die Sterblichkeit auszuüben. — Bei der gangränösen Form der Diphtherie wird es nur in einzelnen Fällen bei frühzeitiger Anwendung des Heilserums in grossen Dosen gelingeu, Heilerfolge zu erzielen.

Die schädlichen Nebenwirkungen des Heilserums sind nach M.'s Meinung ausschliesslich auf die Einwirkung der im Pferdeserum enthaltenen Eiweisskörper zurückzuführen. Zu diesen üblen Nebenwirkungen in Folge der Serumanwendung gehört auch die Entstehung einer geringgradigen Albuminurie und vorübergehender Lähmungen (Accommodationsparesen, Gaumenparese).

3) Verf. verwendete in einem Fall von schwerer Bronchopneumonie das von Marmorek dargestellte Anti-Streptococcus Heilserum. Die Kranke wurde wieder hergestellt. Den günstigen Ausgang glaubt Sch. mit auf Rechnung des Serums setzen zu sollen.

4) Die unangenehmen und gefährlichen Nebenwirkungen des Heilserums hat Verf. in seinen Versuchen mit deutschem Serum verhältnismässig selten beobachtet; bei der Anwendung französischen oder dänischen Serums kamen sie nicht nur häufiger vor, sondern waren durchgehends auch schwerer. Bei dem typischen Verlauf entwickelte sich die „Serumaffektion" gewöhnlich 10 Tage nach der letzten Einspritzung; sie wird von Erbrechen eingeleitet und setzt sich aus Fieber, urticaria- oder morbillenähnlichen Exanthemen und rheumatoiden, gewöhnlich von keiner Ansammlung begleiteten Gelenkschmerzen zusammen. Zu diesen Erscheinungen gesellen sich mitunter Drüsenanschwellungen am Halse und Albuminurie, zuweilen Oedeme — gewöhnlich lokalisirter Art — und nicht selten Epididymitis. Nach einigen Tagen gehen die Erscheinungen oft plötzlich zurück. — Ganz häufig äussert sich aber die Serumaffektion nur durch ein oft geringes und lokales Hautleiden, das gewöhnlich weit früher als die schwerere Affektion, zuweilen gleich nach den Injektionen eintritt. Nicht selten aber sind diese lokalen Exantheme die Vorläufer der schwereren Affektion. Blutungen, die auf die Injektion zu beziehen waren, hat Verf. bei Anwendung des deutschen wie auch bei französischem und dänischem Serum einige Male beobachtet; dagegen kamen ungewöhnlich schwere Nierenaffektionen, die Verf. auf die Verwendung des deutschen Serums in früheren Beobachtungen zurückgeführt hatte, bei den beiden anderen Serumarten nicht vor. — Verf. hält es für unzweifelhaft, dass das Serum selbst, nicht die zur Konservirung gemachten Zusätze die Serumaffektion verschulden. Je mehr Serum injicirt wird, je älter dasselbe ist, desto häufiger und schwerer kommt die Affektion zur Beobachtung. Ueber den Heilwert des Serums spricht Verf. sich abermals sehr zweifelud aus, wie schon in dem Bericht über das deutsche Serum. Nur so viel giebt Verf. zu, dass viele der geheilten Fälle bei Serumbehandlung ausserordentlich günstig verliefen und das sekundäres Erkranken der Luftwege entschieden seltener als sonst vorkam. — Ein deutliches Herabgehen der Mortalität konnte Verfasser aber nicht feststellen. Stadthagen.

A. Sokolowski, Ueber die idiopathische fibrinöse Bronchitis (Bronchitis fibrinosa idiopathica). Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 56. H. 5/6.

Von der in der Ueberschrift erwähnten, sehr selten vorkommenden Affektiou hatte Verf. Gelegenheit, 4 Fälle genau zu verfolgen. Nach seinen Beobachtungen ist die akute fibrinöse Bronchitis eine Krankheit von dem Typus einer reinen Infektionskrankheit, der möglicherweise eine Infektion durch Staphylococcus albus und aureus zu Grunde liegt. Neben den seltenen typischen, ganz akuten Fällen kommen leichtere Formen vielleicht häufiger vor, werden jedoch leicht übersehen und mit Bronchialasthma verwechselt. — Die chronische fibrinöse Bronchitis ist ein ätiologisch völlig dunkler und von der akuten fibrinösen Bronchitis gänzlich verschiedener Prozess; beide Affektionen stimmen nur in den charakteristischen Abgüssen miteinander überein. Die Lungentuberkulose scheint in der Aetiologie dieser chronischen Bronchitis eine sehr untergeordnete Rolle zu spielen. Perl.

---

1) **E. Siemerling,** Ueber die Veränderungen der Pupillenreaktion bei Geisteskranken. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 48.

2) **H. Frenkel,** Sur la réaction dite paradoxale de la pupille. Revue de méd. 1896, No. 6.

1) Während es heute fest steht, dass die Pupillendifferenz häufig bei Gesunden ohne nachweisbare Ursache und ohne jeden Zusammenhang bei funktionellen Nervenkrankheiten, sowie bei Allgemeinleiden verschiedener Art vorkommt, ist die reflektorische Pupillenstarre (Robertson'sches Phänomen) ein hochwichtiges Symptom von Störungen des Nervensystems, die meist schwerer und schwerster Art sind. Bei der progressiven Paralyse findet sich in 68 pCt. der Fälle eine erhebliche Beeinträchtigung der Lichtreaktion, resp. Pupillenstarre, und zwar ist dieselbe zu den Frühsymptomen der Paralyse zu rechnen und tritt fast immer beiderseitig auf; meist ist die Form der Pupille dabei verändert. Sehr selten ist die Umkehrung des Pupillenreflexes, die paradoxe Reaktion, d. h. Dilatation bei Lichteinfall. Die Differenz der Pupillen bei vorhandener Lichtstarre ist oft wechselnd (springende Mydriasis); doch ist die wechselnde Differenz der Pupillen (springende Pupille) auch bei Gesunden, Nervenkranken u. s. w. beobachtet worden. Hippus, eine Unruhe der Pupillen, die nur als Steigerung einer physiologischen Erscheinung anzusehen ist, scheint bei der Paralyse sehr selten zu sein. Was die übrigen Geisteskrankheiten anbetrifft, so fand sich die reflektorische Pupillenstarre (von Tabes abgesehen) in 19 Fällen von Dementia senilis; sie kommt auch bei geistig Gesunden im Greisenalter vor. In zwei Fällen von vorausgegangener Syphilis konnte S. elf Jahre hindurch reflektorische Pupillenstarre als isolirtes Symptom beobachten, ohne dass Augenmuskellähmungen, tabische oder paralytische Symptome hinzugetreten wären. Der Zusammenhang der Pupillenstarre mit Kopfverletzungen wird zwar als möglich, doch als äusserst selten hingestellt. Bei Epilepsie wurde 7mal Pupillenstarre beobachtet; das Vorkommen derselben bei Hysterie muss immer zweifelhaft und fraglich erscheinen. Bei Gesunden kommt reflektorische Pupillenstarre nicht vor; oft vergehen jedoch 10 Jahre und mehr, ehe tabische und paralytische Erscheinungen

Digitized by Google

hinzutreten; oder eine latente, resp. abgelaufene Hirnlnes lässt dieselbe als isolirtes Symptom zn Tage treten. — Einseitige Pupillendilatation wird nicht selten bei Epilepsie in allen Stadien beobachtet; im epileptischen Anfall ist die Pnpille meist maximal erweitert nnd reaktionslos; das Erhaltensein der Reaktion im Anfall spricht für Hysterie. — Eine Pupillenerweiternng auf Einwirkung starker sensibler Reize ist bei Gesunden fast konstant zn erzielen; diese Reaktion soll bei Paralyse schneller schwinden, als die Lichtreaktion. Die Frage nach dem Sitz des Hirnteils, der die Erregnngen des Opticus auf den Oculomotorins überträgt, ist noch nicht gelöst. Eine bestimmte Kerngruppe des Ocnlomotoriuscentrums oder dessen Nähe ist weder experimentell, noch pathologisch-anatomisch als Centrum des genannten Reflexes erwiesen worden. Im Allgemeinen neigt man heute zu der Annahme, dass die Pupillarfasern beim Menschen einen mehrfachen Verlauf (hintere Commissur, vordere Vierhügel, Tractus peduncnlaris transversus u. s. w.) nehmen. S. Kalischer.

2) I. Bei dem 38jähr. Manne, welcher wegen eines Strabismus divergens alternans in die Augenklinik kam, wurde eine Pupillendifferenz (rechts > links) und die paradoxe Reaktion der Pupille sowohl in direkter als konsensueller Form entdeckt. Andere Störungen des Nervensystems (auch des sympathischen) bot der Kranke nicht dar.

II. Die 32 Jahre alte Patientin, jung verheiratet und gravide und angeblich nicht lnetisch inficirt, hatte ataktischen Gang, erhaltene Patellarreflexe, eine linksseitige Ophthalmoplegia externa, die Pupillen gerieten unter dem Einfluss des Lichtes in hippnsartige Bewegungen. Ausserdem bestand eine Chorioiditis.

Diese beiden selbst beobachteten Fälle lassen den Verf. zu dem Schlusse kommen, dass sowohl hier, wie in den in der Litteratur niedergelegten ähnlichen Beobachtungen eine paradoxe Reaktion nicht vorhanden war. Fr. ist vielmehr der Ansicht, dass es sich bei allen jenen Tabikern, Paralytikern, Syphilitischen n. s. w. um reflektorische Pupillenstarre bei erhaltener Beweglichkeit unter dem Einflusse von Accommodation und Konvergenz handelte und dass die vermeintliche paradoxe Erweiterung auf solchen Mitbewegungen beruhte, wie sie bei Divergenz, unter psychischen und sensoriellen Einflüssen auftraten. M. Brasch.

H. R. Wharton, A report of fourteen cases of dislocation of the ulnar nerve at the elbow. Americ. jonrn. of the med. science. 1895, October. No. 282.

W. fügt zn den 13 Fällen aus der Litteratur einen neuen von traumatischer Dislocation des N. ulnaris bei einem 15jährigen Knaben. Der Fall war ein leichter und trotz der Verlagerung des Nerven stellte sich seine Fnnktion in knrzer Zeit wieder völlig her. Meist entsteht die Verlagerung des Ulnaris durch heftige Gewalten, Muskelzerrungen und Fascienzerreissnng, ohne dass die Knochen des Ellbogens dislocirt oder gebrochen werden; häufig ist die Fascie abnorm gelagert oder der Condylus internus des Hnmerus ist auffallend klein und niedrig. Die Symptome, Schmerzen nnd Parästhesien im Ulnarisgebiete, sind meist zuerst heftiger und lasseu

dann nach; nur selten entwickelt sich eine richtige Neuritis. In einigen Fällen führte eine vorübergehende Fixation des Ellbogengelenks und Kompression des Nerven in seine reguläre Lage zur Besserung; in anderen Fällen wurde der Nerv freigelegt und durch einige Nähte in sein Bindegewebslager festgenäht; dadurch wurde der Wiedereintritt der Dislocation verhindert, ohne dass der Nerv irgendwie geschädigt wurde.

S. Kalischer.

M. Krisowski, Ueber ein bisher wenig beobachtetes Symptom der hereditären Lues. (Aus Dr. Max Joseph's Poliklinik in Berlin.) Berl. klin. Wochenschr. 1895, No. 41.

Unter Mitteilung eines ganz besonders ausgesprochenen Falles macht Verf. auf die zwar von französischen und englischen, nicht aber von deutschen Autoren genügend gewürdigten linearen, um Mund- oder Afteröffnung radiär gestellten Narben aufmerksam, die nicht selten als unvertilgbare Merkmale der hereditären Lues zurückbleiben. Sie entstehen, wenn in der ersten Lebensperiode syphilitische Papeln und Plaques an den Uebergangsstellen zwischen Haut und Schleimhaut lokalisirt sind, wo sie infolge der unvermeidlichen, beim Saugen, Schreien u. s. w. sich stetig wiederholenden Bewegungen tiefe Einrisse erleiden, die nur mit Narbenbildung heilen können. Diese Narben sind durchaus charakteristisch und lassen stets mit Sicherheit auf in der ersten Lebenszeit vorhanden gewesene sekundäre Syphiliserscheinungen schliessen. H. Müller.

J. C. Kellogg, Zur Geschichte und Anatomie des Favusscutulums. (Aus Dr. Unna's Laboratorium in Hamburg.) Monath. f. prakt. Dermat. XXI. No. 9.

Im Gegensatze zu Waelsch und in Uebereinstimmung mit Unna fand Verf., dass das Favusscutulum lediglich aus den Elementen des Pilzes zusammengesetzt ist und dass es keinerlei sonstige fremdartige Bestandteile, insbesondere keine Epithelien, enthält. Ebensowenig lassen sich in seinem Innern Leukocyten nachweisen, solche kommen nur nach äusseren Reizungen in der Peripherie vor; auch andere sekundäre Organismen finden sich nur in alten absterbenden Favusmassen, namentlich wo die schützende Horndecke verloren gegangen ist. Verf. zeigt ferner, dass der Favuspilz im Scutulum nicht, wie Waelsch behauptet, ein centrifugales, sondern, wie Unna angiebt, ein centripetales Wachstum hat. H. Müller.

A. Scott Wasthin, Report of a case of ectopic gestation, associated with tuberculosis of the tubes, placenta and fetus. Medical News 1896, Sept. 19.

Die 38jährige Patientin hatte in 13jähriger Ehe nicht geboren, auch nicht abortirt. Letzte Regel August 1895, Blutung Februar 1896. Unter heftigen Schmerzen und Hitzegefühl wiederholen sich die Blutungen im März. Patientin gelangte am 29. März 1896 zur Aufnahme in das Hospital. Anämie, Schwäche, geringer Ausfluss waren mit Stuhlverstopfung die ein-

Digitized by Google

zigen Beschwerden, über welche sie klagte. Es wurde eine Extrauterin-Schwangerschaft koustatirt und deswegen am 3. April operirt. Rechts bestand Sactosalpinx puruleuta und eine Ovarialcyste. Auch das linke Ovarium war cystisch. In der linken Tube sass eine kokosnussgrosse Geschwulst, in leicht zerreissliche Verwachsungen eingehettet. Das nterine Ende der linken Tube erschien wieder von annähernd normaler Beschaffenheit. Bei der Lösung der Adhäsioneu kam der Kopf des Fötus heraus. Es wurde festgestellt, dass die Tubeu, ebenso wie die Placenta und der Fötus, mit Tuberkelhacilleu durchsetzt wareu. Auch die Ovarien waren tuberknlös. Besonders betont der Verf., dass auch in der Placeuta und in dem Nahelstrang Bacillen nachgewiesen wurden. Patientin starb am 10. Tage nach der Operation an allgemeiner Peritonitis. — Bei der Autopsie wurden keine tuberkulösen anderen Orgaue nachgewiesen. Hinterher wurde festgestellt, dass der Ehemauu der Patientin $1^1/_2$ Jahre vor der Erkrankung der Frau einen auf Tuherkulose verdächtigen Anfall durchgemacht hatte; er war aher vollkommen geuesen.

W. nimmt an, dass möglicherweise das Kiud von den in der Tube verweilenden Bacillen inficirt worden sei. A. Martin.

O. Loewi, Zur qnantitativen Wirkung vou Blausäure, Arseu und Phosphor auf das isolirte Froschherz. (Aus dem pharmakol. Iustitut Strassburg.) Arch. f. exp. P. u. Ph. Bd. 38. S. 127—138.

Dnrch quantitativ abgestufte Versnche am Williams'scheu Froschherzapparat wird die Grenze der Giftwirkung und der Angriffspunkt der genannten Stoffe auf's Herz festgestellt. 0,0062 ccm 2proc. Blausäure auf 100 ccm Nährlösuug bediugt Ahnahme der Pulsfreqneuz, Auftreten diastolischer Pausen, 0,0125 ccm setzt die Pulsgrösse rasch herah und erreicht nach einer halbeu Stunde diastolischeu Stillstaud, der aber durch Spülung mit normaler Nährlösung wieder rückgäugig wird. Die nähere Analyse lehrt, dass die Blansäure auf die motorischen Herzgauglieu wirkt.

Die Giftwirkung der arseuigen Säure siud deneu der Blausäure recht ähnlich: die nutere Giftdosis ist 0,001 pCt., 0,02 pCt. bedingt diastolischen Stillstand in wenig mehr als $^1/_2$ Stunde. Das As ergreift nicht nur die gangliösen Apparate, sondern auch die Muskeln, die nach grösseren Gahen völlig gelähmt werden. Die Resultate hei mit Phosphor iu Berührung kommender Nährlösuug waren inkoustant. Kam es zu Herzstillstand, dann war der Muskel selhst dauernd gelähmt. Pohl.

R. Gottlieb, Ueher die Wirkung der Neheunierenextrakte auf Herz und Blutdruck. (Aus dem pharmakol. Iustitut Heidelherg.) Arch. f. exp. P. n. Ph. Bd. 38. S. 99.

Die vou Cybulski, Oliver nnd Schäfer heobachtete Steigeruug des Blntdruckes nach Injektiou vou Nehenniereuextrakt hahen die letztgenannten Autoren durch Versuche mit Rückenmarksdurchschneidung als peripheren Ursprungs nachgewieseu. In Uehereinstimmung hiermit kounte G. nach Ausschaltuug des Vasomotorencentrums durch Chloralhydrat mittelst

des Extraktes noch kräftige Drucksteigerungen erzwingen, z. B. von 15 auf 70 mm Hg unter bedeutender Zunahme des Pulsvolumens. Ja, selbst dann, wenn das Herz durch eine grosse Chloraldosis zu fast völligem Stillstand gekommen, regt das Extrakt bei intravenöser Injektion neuerliche Herzaktion an. Ebenso steigt bei Kaninchen, deren Herz durch Chloroformeinatmen zum Stillstand gebracht, der Blutdruck nach Extraktinjektion in wenigen Minuten zur Norm und über die Norm.

Diese excitirende Wirkung auf's Herz ist nicht auf eine Muskelwirkung etwa nach Art der Stoffe der Digitalisgruppe — am Frosch ruft Nebennierenextrakt niemals systolischen Herzstillstand hervor —, sondern auf Erregung der intracardialen motorischen Ganglien zu beziehen. Pohl.

Der 15. Kongress für innere Medizin findet vom 9. bis 12. Juni 1897 zu Berlin statt. Die Abhaltung des Kongresses geschieht nur in diesem Jahre ausnahmsweise zu Pfingsten. Die Sitzungen finden im Architektenhause (Wilhelmstrasse 92/93) statt, woselbst sich auch das Bureau befindet.

Das Präsidium übernimmt Herr v. LEYDEN (Berlin).

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Mittwoch den 9. Juni: Die Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus. Referenten: die Herren BÄUMLER (Freiburg) und OTT (Marienbad).

Am zweiten Sitzungstage, Donnerstag den 10. Juni: Epilepsie. Referent: Herr UNVERRICHT (Magdeburg).

Am dritten Sitzungstage, Freitag den 11. Juni: Morbus Basedowii. Referent: Herr EULENBURG (Berlin).

Vorträge von A. FRÄNKEL und C. BENDA, LIEBREICH, v. LEYDEN, RUMPF, FÜRBRINGER u. A. sind bereits angemeldet.

Weitere Anmeldungen von Vorträgen nimmt der ständige Sekretär des Kongresses, Herr Emil PFEIFFER, Wiesbaden, Friedrichstrasse 4, entgegen.

Für Krankenvorstellungen und Demonstrationen ist eine ganze Nachmittags-Sitzung vorbehalten. Dieselben bedürfen vorheriger Anmeldung.

Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten etc. verbunden. Auskunft über diese Ausstellung erteilt der Vorsitzende des Ausstellungskomitees, Herr Generalarzt SCHAPER in Berlin, Königl. Charité, oder der Schriftführer des Berliner Lokalkomitee's, Herr Privatdocent Martin MENDELSOHN, Berlin NW, Neustädtische Kirchstrasse 9, an welche Herren auch die Anmeldungen der Demonstrationen etc. zu richten sind. Die Ausstellung wird gleichfalls im Architektenhause (Wilhelmstrasse 92/93) stattfinden.

Das Festessen des Kongresses wird im Zoologischen Garten abgehalten werden.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 6. Februar. No. 6.

Inhalt: Blumenthal, Ueber die Produkte der bakteriellen Milchzersetzung. — Lüthje, Zur Kenntnis der Alloxurkörperausscheidung. — Voit, Untere Grenze des Stickstoffgleichgewichts. — Hassmann, Ueber die Verdauungsleukocytose. — Marthen, Riedel, Chloroform- u. Aethernarkose. — v. Eiselsberg, Behandlung von Schädelknochendefekten. — Duplay, Fall von Tuberkulose des Calcaneus. — Lommel, Erkrankungen des Mittelohrs bei Diphtherie. — Friedrich, Ueber die elastischen Fasern des Kehlkopfs. — Lévai, Ueber die Sterilisirung der Metallinstrumente. — Petruschey, Ueber die Erysipel-Streptococcen. — v. Zeyner, Verderben von Sublimatlösungen. — Teschemacher, Ueber Diabetes mellitus. — Fronz, Der Tetanus im Kindesalter. — Violin, Das Papaïn als Magenmittel. — Lorrain, Zur Entstehung des Pneumotborax. — Babinski, Ueber den Achillessehnenreflex. — Sarbó, Giannone, Analgesie des Ulnaris bei Tabes. — Wood, Vorübergende Amblyopie nach Chokolade. — Bernhardt, Familiäre Form der progressiven Muskel-Dystrophie. — Dineler, Fall von Polioencephalitis haemorrhagica. — Pick, Beiträge zur Pathologie der Spraehe. — Brauer, Verhalten des Nervensystems bei Morbus Addisonii. — Müller, Wirkung verschiedener Queeksilbersalben. — Browning, Veränderungen der Haare bei Poliomyelitis. — Unna, Schiff, Ueber Gelanthum u. Filmogen. — Staub, Syphilis der Wirbelsäule. — Ehrmann, Ruge, Ueber Nosophen. — Guermoprez, Totalexstirpation des Uterus. — Rittstieg, Casuistik der Haematometra. — Kahn, Ueber „Missed Labour".

F. Blumenthal, Ueber die Produkte der bakteriellen Zersetzung der Milch. (Aus dem chem. Laborat. des pathol. Instituts zu Berlin.) Virchow's Arch. Bd. 146. S. 65.

Verf. hat die Produkte untersucht, welche Milch, der spontanen Zersetzung bei Zimmer- oder Bruttemperatur 4 bis 30 Tage lang überlassen, liefert, teils ohne weiteren Zusatz, teils unter Zusatz von kohlensaurem Natron oder kohlensaurem Kalk. Weiterhin wurde auch eine Anzahl von sterilisirten Milchproben — meistens 500 ccm, in einigen Fällen 2 Liter — mit verschiedenen Reinkulturen geimpft, nämlich Bacterium coli, einem kurze Stäbchen bildenden, aus Milch gezüchteten Bacillus, Oidium lactis, Typhybacillus, Diplococcus aus dem Herzblut eines Kaninchens, welches mit dem Sputum eines Pneumonikers inficirt war, Cholerabacillus, Milchsäurebacillus.

Was die Zersetzungsprodukte betrifft, so wurde die Bildung von Mercaptan nur einmal, und zwar bei spontaner Zersetzung, beobachtet; fast konstant fand sich Bernsteinsäure. Da die Bernsteinsäure sich bei der Fäulnis sowohl aus Eiweiss, als auch aus Kohlehydraten bilden kann, so fragt es sich, ob sie im vorliegenden Falle aus dem Caseïn oder dem Milchzucker stammt. Caseïn, für sich allein der Fäulnis unterworfen, lieferte dem Vf., ebenso wie früher in Versuchen des Ref., reichlich Phenol, Indol, Skatol. Da diese Produkte weder bei der spontanen Zersetzung, noch bei der durch die Reinkulturen bewirkten jemals auftraten, so folgt daraus, dass die Bernsteinsäure im vorliegenden Falle nicht aus dem Caseïn, sondern aus dem Milchzucker stammt. Dass in der That eine Zersetzung des Milchzuckers stattgefunden hat, wird weiterhin bestätigt durch das Auftreten von Produkten, welche jedenfalls vom Milchzucker stammen, namentlich vor Alkohol, welcher in Form von Jodoform bestimmt wurde, in sehr vielen der spontan zersetzten Milchproben und Kulturen. Häufig trat auch Milchsäure auf, in grösseren Mengen jedoch nur in den Kulturen des Milchsäure- und Cholerabacillus. Als konstante Produkte, jedoch an Menge ausserordentlich wechselnd, sind auch flüchtige fette Säuren anzusehen, am grössten war ihre Quantität bei den Cholerabacillen, demnächst bei Milchsäurebacillen. In keinem der Versuche war also eine Zersetzung von Eiweiss nachweisbar, vielmehr nur eine solche des Milchzuckers, welche man nach ihrem charakteristischen Produkt als Bernsteinsäurgährung bezeichnen kann. Da diese stets — ausgenommen bei der durch den Hüppe'schen Milchsäurebacillus bewirkte Gährung — die Milchsäure an Menge übertrifft, so handelt es sich überall da, wo man von Milchsäuregährung der Milch spricht, in Wirklichkeit um Bernsteinsäuregährung. An der Bildung von Zersetzungsprodukten beteiligt sich bei der spontanen Zersetzung der Milch auch die neuerdings von Siegfried und Balke in der Milch gefundene Phosphorfleischsäure, wie aus der Abnahme derselben in der Milch bei der Zersetzung zu schliessen ist.

Aus den mit Cholera-, Diphtherie- und Tetanusbacillen geimpften Milchproben konnte Verf. Lösungen der spezifischen Toxine erhalten, indem er die Kulturen zuerst mit Chloroform sterilisirte, durch Leinwand, dann durch Berkefeld-Filter filtrirte. Die Giftigkeit dieser Lösungen war indessen nur eine geringe, sie verstärkte sich jedoch etwa auf das Dreifache, wenn die Milch vor der Impfung mit Cholerabacillen stark alkalisch gemacht wurde. Der Milchzucker übt also einen hemmenden Einfluss auf die Toxinbildung nicht aus, da sich bei Verwendung von Milch Toxine gebildet haben, ohne sonstige nachweisbare Zersetzung, so folgt daraus, dass das Eiweiss nicht die einzige Muttersubstanz der Toxine ist, in Uebereinstimmung mit den Angaben von Buchner, welchem es gelungen war, durch Kultur von Tetanusbacillen auf Asparaginlösungen das spezifische Tetanustoxin zu erhalten. E. Salkowski.

Lüthje, Beiträge zur Kenntnis der Alloxurkörperausscheidung. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 31. S. 112.

In Bd. 29 der Zeitschr. f. klin. Med. hatte Verf. über das Verhalten der Harnsäureausscheidung bei einem lange Zeit mit Blei gefütterten Hunde

berichtet. Eine Retention der Harnsäure, die als Ursache der bei der Bleivergiftung zu beobachtenden gichtischen Erscheinungen aufgefasst wird, war nicht zu konstatiren. Derselbe Hund erhielt weiter Blei, und nachdem er im Ganzen 11,82 g Plumb. acet. erhalten, wurde von Neuem die Ausscheidung der Harnsäure und der Alloxurkörper bestimmt. Die erstere war auch jetzt nicht gesunken. Auffallend hoch waren die Alloxurbasen; ihr N verhielt sich zu dem der Harnsäure wie 3 : 1. Der Hund hatte eine in starker Albuminurie sich kundgebende Nierenerkrankung. Bekanntlich hat Kolisch das hier gefundene Verhältnis von Alloxurbasen- zu Harnsäurestickstoff als für Nephritis charakteristisch behauptet.

Weiter bringt Verf. Versuche, mit Milzfütterung, gleichfalls am Hunde angestellt. Nachdem mit Fleischfütterung N-Geichgewicht hergestellt war, wurde in einer fünftägigen Versuchsreihe Gesammt-N, Alloxurkörper- und Harnsäure-Ausscheidung festgestellt, dann das Fleisch durch Milz ersetzt und weiter für fünf Tage die genannten Stoffwechselendprodukte bestimmt. Ein deutlicher Unterschied in der Alloxurkörperausscheidung (der nach Weintraud's Versuchen mit Thymus zu erwarten war), wurde nicht gefunden. Diese Differenz mit Weintraud's Ergebnissen, wie überhaupt die starken Schwankungen, die die Menge der ausgeschiedenen Alloxurkörper auch unter gleichen Versuchsbedingungen zeigt, sucht Verf. durch die Annahme zu erklären, dass von den im Körper gebildeten Alloxurkörpern der grösste Teil weiter verbrennt, nur der — natürlich wechselnde — Anteil derselben, der im Moment seiner Bildung die Niere passirt, wird als solcher ausgeschieden.

Endlich wurden in einer achttägigen Hungerreihe an demselben Hunde die Eiweiss- und Nucleïnendprodukte untersucht. Eine Aenderung im Verhältnis des Harnsäure- und Alloxurstickstoffs trat nicht ein, es stellte sich im Gegenteil als konstanter heraus, als während der Fütterung. Dasselbe fand sich auch für die Gesammtmenge der pro Tag ausgeschiedenen Alloxurkörper. A. Loewy.

E. Voit, Ueber die unterste Grenze des Stickstoffgleichgewichtes. Zeitschr. f. Biol. Bd. 33. S. 333.

Die vom Verf. und Korkunoff angestellten Versuche, die den Satz C. Voit's stützen sollten, dass das physiologische Eiweissminimum nicht unter die Grösse des Eiweisszerfalls im Hunger herabsinkt, waren von I. Munk auf Grund kritischer Betrachtungen und unter Beibringung eines neuen Stoffwechselversuches angegriffen und die Schlussfolgerungen der Verff. als nicht stichhaltig erklärt worden.

Vorliegende Arbeit stellt eine zum Teil sehr persönliche Polemik und eine Kritik der Munk'schen Kritik dar, der gegenüber Verf seine Resultate und Auschauungen aufrecht erhält. — Was den Munk'schen Stoffwechselversuch betrifft, in dem bei reichlicher Zufuhr von Fett und Stärke neben N-haltiger Substanz der N-Verbrauch unter das Minimum im Hunger herabsank, so erklärt Voit dessen Resultat damit, dass bei dem sehr mageren Hunde das Hungerminimum abnorm hoch lag. Voit hält es für möglich, dass bei der dem Hunger folgenden Fütterungsperiode mit viel Fett und Stärke ein Ansatz von Fett zu stande kam; dadurch wurde all-

mählich der Eiweisszerfall eingeschränkt, so dass er schliesslich unter das Minimum im Hunger herabging. Dann würde nach VOIT's Ansicht ein Fall vorliegen, wo die erhaltene Eiweisszersetzung des Hungertieres zur Beurteilung der Grösse des Eiweissminimums nicht mehr herangezogen werden dürfte. A. Loewy.

O. Hassmann, Zur diagnostischen Verwertbarkeit der Verdauungsleukocytose. Wiener klin. Wochenschr. 1896, No. 17.

Verf. hat den von SCHNEYER und MÜLLER aufgestellten Satz, dass bei einer zwischen Ulcus rotundum und Carcinoma ventriculi schwankenden Diagnose das Bestehen einer Verdauungsleukocytose gegen Carcinom spräche, einer Nachprüfung unterzogen. Er vermochte bei 2 Fällen von Magenkrebs eine deutliche Verdauungsleukocytose nachzuweisen. In dem ersten dieser Fälle war zwar der Magen sekretionsuntüchtig; freie Salzsäure fehlte und die Pepsinbestimmung ergab Fehlen der Eiweissverdauung. Die Sektion zeigte jedoch, dass das infiltrirende Pyloruscarcinom die Pylorusöffnung in einen starren, offenstehenden Ring verwandelt hatte. So konnte flüssige Nahrung in den Dünndarm gelangen und hier durch Verdauung und Aufsaugung zur Verdauungsleukocytose führen.

Im zweiten Falle funktionirte die Magenschleimhaut hinreichend für die Peptonisation. Die Eiweisskörper konnten daher im Magen peptonisirt werden, aber infolge der motorischen Insufficienz des Magens nicht durch die Pylorusstenose in den Darm gelangen. Die Magenresorption genügte aber zur Ausbildung der Verdauungsleukocytose.

Dass nun trotzdem in der Mehrzahl der Magenkrebse die Verdauungsleukocytose ausbleibt, liegt daran, dass Sekretionsuntüchtigkeit und motorische Insufficienz des Magens kombinirt sind, so dass Peptonisation und Resorption in Magen und Darm gleichzeitig unmöglich sind. Aber auch bei genügender Weite des Pylorus kann durch abnorme Gährungen im Magen die Einwirkung des Pankreassaftes auf die Ingesta paralysiert werden.

Aber auch beim Ulcus ventriculi kann die Verdauungsleukocytose ausbleiben, wenn mit einer Stenose des Pylorus ein beträchtlicher Magenkatarrh vergesellschaftet ist und so die Peptonisation weder im Magen, noch im Darm stattfinden kann. Aber auch bei normalem Pylorus kann ein Magenkatarrh in Verbindung mit abnormer chemischer Zersetzung der Ingesta durch Verhinderung der Peptonisation im Dünndarm die Verdauungsleukocytose beseitigen. Verf. berichtet über einen derartigen Fall mit Sanduhrmagen infolge von Ulcus und starkem Magenkatarrh mit Fehlen der Verdauungsleukocytose, einen anderen gleichartigen mit Pylorusstenose, motorischer Insufficienz und Katarrh des Magens.

Wenn also auch eine diagnostische Bedeutung der Verdauungsleukocytose nicht ganz in Abrede zu stellen ist, so kommt doch derselben eine strikte Beweisfähigkeit jedenfalls nicht zu.

M. Rothmann.

Digitized by Google

1) **G. Marthen,** Ueber tödliche Chloroform-Nachwirkung. (Aus dem Stadt-Irren- und Siechenhause zu Dresden.) Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 10.

2) **Riedel** (Jena), Ueber Morphium-Aethernarkosen. Ebenda. No. 39.

1) Betrifft eine 34jähr. geisteskranke Frau, welche nach einer Narkose von 40 Minuten und Verbrauch von 70 ccm Chloroform behufs Extraktion von 14 cariösen Zähnen resp. Wurzeln unter fortdauerndem Erbrechen, stetigem Icterus bei spärlichem, eiweisshaltigen Urin und stetiger Verschlechterung der Herztätigkeit, sowie des Allgemeinbefindens am 4. Tage starb. Die Sektionsdiagnose lautete: Fettige Entartung des Herzfleisches und beider Nieren. Akute Fettdegeneration der Leber. Oedem und Hyperämie der Lungen. Postmortale Erweichung des Oesophagus und des Magens. Saure Erweichung der Lunge. Endometritis. Gastritis glandularis. Wegen der weiteren zahlreichen Einzelheiten ist auf das Original zu verweisen.

(Es ist zu bedauern, dass vorliegende wie einige andere hierher gehörige Mitteilungen sich wohl mit Einzelheiten eingehend beschäftigen, Hauptsachen dagegen, wie Angaben über die Provenienz des Chloroforms, über die Art der Applikation desselben — es ist nur gesagt, dass eine Tropfflasche gebraucht wurde, nicht aber, ob die allgemein bevorzugte Tropfmethode —, ferner über das Verhalten der Pat. während der Narkose, über den Zeitpunkt des Erwachens etc. etc. fehlen. Da es sich um eine Mundoperation handelte, ist unter diesen Umständen der Verdacht naheliegend, dass Chloroform vorbeigeflossen und von der Denata geschluckt ist. Ref.)

2) Um die Gefahr der nachträglichen Bronchitis bei der Aether-Narkose zu verringern, lässt Verf. eine halbe Stunde vor dem Beginn eine Morphiuminjektion machen. Kinder erhalten eine solche nicht, jüngere Personen $^1/_3$ cg, bei Potatoren steigt die Dosis bis 0,02—0,03. Die Aethernarkose kann man mit einer gewöhnlichen Chloroformmaske ausführen, wenn man in deren Innerem eine Rosette befestigt. Kräftige Männer zittern zuweilen mit den unteren Extremitäten während der Narkose; Vf. glaubt, dass sie zu wenig Morphium erhalten haben. Die Narkose selbst hat sehr vorsichtig zu geschehen, während ihrer Dauer kann kein Morphium weiter injicirt werden. Sehr langsam ist das Erwachen aus der Narkose und häufig und genau zu kontrolliren, am nächsten Morgen erhalten die Patienten ein Eisstückchen, das sie nicht hinunterschlucken dürfen, sonst nichts, auch kein Wasser, um das lästige Erbrechen zu vermeiden. Verf. hat Aether in den letzten drei Jahren ohne jede Störung gebraucht, u. A. bei ca. 200 Bauchschnitten. Immerhin ist ihm der Aether selbst mit dem Morphium zwar das beste, aber kein ideales Anästheticum: und Gaumen- und Rachenoperationen erfordern immer Chloroform, das schneller wirkt als Aether und besser in Pausen gegeben werden kann.

(Hier wird in vielen der neueren einschlägigen Abhandlungen die schmerzstillende Wirkung bei der allgemeinen Anästhesie immer in erster Reihe berücksichtigt; dass aber diese vielfach gegen die Wirkung der Erschlaffung zurücktreten muss, dass es oft darauf ankommt, ein sehr schnell betäubendes und doch bereits in kleinen Dosen wirkendes Anästheticum zu haben, dass stets nur die Minorität der Aerzte in grossen Anstalten mit

4—5 Assistenten arbeiten kann, dass endlich das Herumschleppen grosser Mengen des Anästheticums, wie es beim Aether erforderlich ist, für die Landpraxis doch auch seine recht bedenkliche Seite hat, — das Alles wird von den Aetherfreunden kaum je hinreichend berücksichtigt. Ref.)

P. Güterbock.

A. v. Eiselsberg, Zur Behandlung von erworbenen Schädelknochendefekten. Arch. f. klin. Chir. L. S. 845.

Ausführlicher Bericht über 5 eigene Beobachtungen von Deckung des Knochendefektes durch eine Müller-König'sche Plastik und über 3 ebensolche von Deckung des Defektes durch Heteroplastik mit Celluloid. In den erstgenannten 5 Fällen erfolgte allemal reaktionslose Heilung, und erwies sich der Lappen bei Entlassung der Operirten aus der Anstalt stets als Knochen; 2mal konnte dieses noch nach Jahren konstatirt werden. Von den 3 Fällen von Heteroplastik konnte in 2 das Festsitzen der Celluloidplatte noch nach $4^1/_4$ resp. $2^1/_4$ Jahren dargethan werden; im 3. Falle musste allerdings die Platte schon nach einigen Wochen entfernt werden. Verf. zieht im Allgemeinen die Autoplastik dem Einheilen eines Fremdkörpers vor, da dieses nur bei völliger Asepsis gelingt, andererseits dennoch die Möglichkeit späterer eiteriger Infektion in sich birgt. Dasselbe hat den Vorteil, einen viel geringeren Eingriff darzustellen und die Wiederbildung von Adhäsionen resp. Rückfällen dort zu erschweren, wo man wegen Rindenepilepsie operirt hat. Zum Schluss giebt Verf. kurze Bemerkungen zur Technik der Antoplastik wie zu der Heteroplastik. Wir müssen wegen dieser, wie wegen der weiteren Zusätze Verf.'s, betreffend den Wert der Operation bei traumatischer Epilepsie und die Behandlung der Defekte bei Schädeltuberkulose, auf das Original verweisen.

P. Güterbock.

J. Duplay, Tuberculose rétro-calcanéenne (bursite tuberculeux rétro-calcanéenne). Union méd. 1896, No. 43.

Klinische Vorlesung über einen nicht abgeschlossenen Fall, eine 25-jährige Frau betreffend, bei der die Krankheit 14 Tage nach der Entbindung begonnen. Fremde Arbeiten, speziell die der deutschen Litteratur über das Thema, sind nicht berücksichtigt. P. Güterbock.

Lommel, Beiträge zur Kenntnis des pathologisch-anatomischen Befundes im Mittelohr und in den Keilbeinhöhlen bei der genuinen Diphtherie (25 Sektionsberichte). (Aus der Ohrenklinik von Prof. Siebenmann in Basel.) Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 29. S. 301.

Aus L.'s Mitteilungen ergiebt sich, dass Erkrankungen des Gehörorgans ungemein häufig vorkommen. Nur in einem Fall unter 25 war der Befund des Mittelohrs absolut normal; klinisch freilich scheint die Ohraffektion fast unbemerkt verlaufen zu sein, da sie intra vitam nur selten diagnosticirt wurde. Es kann dies um so weniger auffallen, als auch bei der anatomischen Untersuchung das Trommelfell im Allgemeinen sich nur wenig afficirt zeigte; eine Perforation fand sich in keinem Falle. Bezüg-

Digitized by Google

lich der Art der anatomisch nachgewiesenen Veränderungen ergaben L's Untersuchungen: in 2 Fällen (8 pCt.) katarrhalischer Tubenverschluss, in 5 Fällen (29 pCt.) Otitis media catarrhalis acuta ohne Exsudation, in 4 Fällen (16 pCt.) dieselbe Affektion mit nicht eitrigem Sekret, in 10 Fällen (44 pCt.) eitriger Inhalt der Paukenhöhle und in 2 Fällen (8 pCt.) diphtheritische Erkrankung des Mittelohrs. Das Antrum mastoid. war in der Mehrzahl der Fälle (56 pCt.) weniger afficirt als die Paukenhöhle. Bemerkenswert ist, dass in 21 Fällen (84 pCt.) die Schleimhautauskleidung der knorpeligen Tube sich normal erwies, und Verf. hält es deshalb nicht für unwahrscheinlich, dass der Prozess im Mittelohr nur ein vom Pharynx aus durch die Tuba fortgeleiteter sei, es sei vielmehr plausibler, anzunehmen, dass man es in den knöchernen Mittelohrräumen mit einer bei Diphtheritis auftretenden genuinen Erkrankung zu thun habe, und zwar in dem Sinne, dass dieselbe als Teilerscheinung der allgemeinen Infektion auftrete. Anhangsweise erwähnt Verf. dann noch, dass bei 10 darauf untersuchten Keilbeinhöhlen 9mal eine Beteiligung an dem entzündlichen Prozess nachzuweisen war. In 3 dieser Fälle handelte es sich um hämorrhagische Sinuitis. Schwabach.

Friedrich, Die elastischen Fasern im Kehlkopfe. Arch. f. Laryngol. und Rhinol. IV. (2.)

Während man sich früher zur Darstellung des elastischen Gewebes solcher Methoden bediente, die mit einer Zerstörung oder Quellung des übrigen Gewebes einhergingen, sind wir durch die Taenzer'sche Orceïnfärbemethode in den Stand gesetzt, topographische Uebersichtsbilder zu erhalten. Friedrich hat nun durch dieselbe in einer zusammenhängenden Schilderung die Anordnung des elastischen Gewebes im Kehlkopf, sowie seine Beziehungen zu Muskeln, Epithel, Drüsen und Knorpel dargelegt. Wenn auch nichts Neues dabei zu Tage gekommen ist, so war es doch nicht unwichtig, mit der vervollkommneten Methode nachzuprüfen, was vor allem Lauth und Tortual beschrieben hatten. Zu den Untersuchungen wurden insbesondere Kehlköpfe von Neugeborenen und Kindern verwendet, da man alsdann vollkommene Schnitte durch den Kehlkopf erhalten konnte. Als Farbelösung wurde die zuerst von Unna angegebene Taenzer'sche Lösung gebraucht, bei der die elastischen Fasern dunkelbraunrot gefärbt wurden. W. Lublinski.

Lévai, Ueber Sterilisation der Metallinstrumente. Wien. klin. Rundschau 1896. S. 529.

L. hat Versuche darüber angestellt, warum Metallinstrumente beim Auskochen, selbst wenn nach Schimmelbusch's Vorschlag 1 pCt. Soda dem Wasser zugefügt wird, rosten. Er fand, dass das Eisen (Stahl) nur bei Anwesenheit von Kohlensäure, Sauerstoff und Feuchtigkeit rostet. Der chemische Prozess ist folgender: $Fe_2 + O_2 + 2\,CO_2 = 2\,FeCO_3$, woraus bei Anwesenheit von Wasser $2\,FeCO_3 + 3\,H_2O = F_2(OH)_6 + 2\,CO_2$ Eisenoxydhydrat (Rost) entsteht. Wird die im Wasser befindliche Kohlensäure durch ein Alkali gebunden, so rosten die Instrumente nicht. L. versetzt

daher das Wasser nicht mit Soda, sondern mit $^1/_4$proc. Natronlauge, dann rosten die Instrumente nicht, ebenso bleiben die Schneiden scharf, zumal wenn die Messer in Gaze gewickelt und dadurch vor gegenseitigem Berühren geschützt werden. Die Laugelösung bringt auch noch den Vorteil mit sich, dass die Instrumente in Gefässen von Eisenblech, die viel billiger sind als kupferne, gekocht werden können, ohne dass die Behälter rosten. Nagelbürsten dürfen in dieser Lösung nicht gekocht werden, da sie zu weich werden, die Seide wird von der Lauge leicht zerreisslich, so dass diese Gegenstände getrennt gekocht werden müssen. H. Bischoff.

Petruschky, Entscheidungsversuche zur Frage der Specifität des Erysipel-Streptococcus. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. 1896. Bd. XXIII. S. 142.

Nachdem bereits seit langer Zeit bezweifelt werden musste, dass der Erysipelstreptococcus eine spezifische Bakterienart sei, welche von den Streptococcen, wie sie beim Puerperalfieber, schweren Phlegmonen etc. gefunden werden, verschieden seien, so dass bereits KRUSE in der 3. Auflage der Mikroorganismen nur noch von einem Streptococcus pathogenes spricht, ist es P. gelungen, mit einem Streptococcus, welcher aus dem Peritonealeiter einer Patientin mit parametritischem Exsudat gezüchtet worden war, bei zwei Frauen ein typisches Erysipel durch Impfung zu erzeugen. Damit ist bewiesen, dass die Streptococcen, welche die schweren septischen Prozesse hervorrufen und die Erreger des Erysipels nicht streng zu scheiden sind. Welche Erkrankung ausgelöst wird, das wird also vom Sitz der Infektion, dem verschiedenen Virulenzgrade und der individuellen Disposition des Inficirten abhängen. H. Bischoff.

---

v. Zeynek, Ueber die Verminderung der Wirksamkeit von Quecksilbersublimatlösungen, in welche organische Stoffe eingelegt waren. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 40.

Organische Stoffe, wie Kautschuk, Seide, Catgut, fällen im Verlaufe von etwa 3 Monaten sämmtliches Quecksilber aus der Lösung, welches sich als Quecksilberchlorür niederschlägt. H. Bischoff.

Teschemacher, Mitteilungen über Diabetes mellitus. Deutsche medizin. Wochenschr. 1895, No. 17.

In dem ersten Teil seiner Arbeit bespricht T. das Verhalten des Urins; er weist darauf hin, dass die Grösse der 24stündigen Harnmenge und die Höhe des spezifischen Gewichts in keinem Verhältnis zu der ausgeschiedenen Zuckermenge stehen. In einem Falle (es handelte sich um eine 60jährige Frau) war bei dem enormen Zuckergehalt von 12 pCt. die Urinmenge stets abnorm gering und überstieg niemals 1000—1100 ccm. Umgekehrt war in einem anderen Falle bei einem Zuckergehalt von nur 0,4 pCt. die 24-stündige Harnmenge 3500 ccm. Anwesenheit von Acetessigsäure hält Vf. allerdings auch für ein Signum mali ominis, glaubt aber, dass derselben

in Bezug auf drohendes Coma eine zu grosse Bedeutung beigelegt werde. In dem zweiten Teil: „Zur Symptomenlehre des Diabetes mellitus", weist T. auf die von Unschuld-Neuenahr gemachte Beobachtung hin, dass Wadenkrämpfe ein sehr häufig vorkommendes Symptom des Diabetes sind. Andere, viel zu wenig beobachtete Zeichen sind Losewerden und Ausfallen anscheinend ganz gesunder Zähne; auf solche Fälle sollten die Zahnärzte stets den Hausarzt aufmerksam machen. Fehlen des Kniephänomens ist als Zeichen von Diabetes nicht zu verwerten. Endlich im dritten Teil: „Kurzer Beitrag zur artificiellen Glycosurie" berichtet T. über einen Fall von vorübergehender Zuckerausscheidung nach Injektion von Tuberkulin.

K. Kronthal.

E. Fronz, Ueber Tetanus im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 40. S. 133.

Die Erfolge, welche die Serumbehandlung des Tetanus, speziell im kindlichen Alter, für sich in Anspruch nimmt, veranlassten den Verf. zu untersuchen, wie sich die Heilerfolge bei der nicht spezifischen Behandlung gestalten. In der Universitäts-Kinderklinik des Prof. Wiederhofer sind in ca. 3 Decennien unter etwa 75,000 Kranken 48 Fälle von Tetanus, einschliesslich des Tetanus neonatorum, zur Spitalsbehandlung gekommen. Von diesen Kindern ist keines spezifisch behandelt worden; 28 derselben sind geheilt, 20 gestorben, d. h. eine Mortalität von 41,66 pCt. Scheidet man den Tetanus neonatorum aus, so bleiben 7 Geheilte, 5 Gestorbene. — Es ergiebt sich demnach, dass der Tetanus im Kindesalter sowohl der Schwere, als auch der Häufigkeit nach keineswegs zu überschätzen ist.

Stadthagen.

E. Violin, Das Papaïn als Magenmittel. Wiener med. Blätter 1895, No. 21 und 22.

Das Papaïn oder Papayotin wirkt als Magenmittel, wie dies Verdauungsversuche dargethan haben, am besten in einer salzsauren Lösung, aber nicht so stark, wie Pepsin aus natürlichem Magensaft. Eine grössere Menge des Eiweisses bleibt bei der Papaïnsalzsäureverdauung auf der Stufe des Syntonins stehen. Das Mittel besitzt nach Violin's Beobachtungen auch saccharificirende Eigenschaften. Was nun den therapeutischen Wert des Papaïns anlangt, so sind die diesbezüglichen Resultate befriedigende. Das Mittel wurde in ca. 40 Fällen von ausgeprägten Magenerkrankungen angewendet. Auch beim Carcinom des Magens zeigte dasselbe seine günstige Einwirkung, indem der Appetit sich erheblich hob und die Verdauung eine bessere wurde. In anderen Fällen von Magenkrebs blieb das Papaïn allerdings wirkungslos. Besondere Bedeutung beansprucht das Mittel aber bei einfachen Magenkatarrhen, von der Dyspepsie bis zur chronischen Gastritis. Vor den Amara hat Papaïn einen grossen Vorzug. Endlich sei noch bemerkt, dass auch bei der therapeutisch so schwer zu beeinflussenden Dyspepsia infantum das oft genannte Mittel recht gute Erfolge aufweist. Das Papaïn wurde den Kindern in folgender Form verabreicht:

Rc.: Papaïni (Reuss), Sacchari lactis ana 2,0, M. Divide in Dos. No. X.

Hiervon wurde nach jedweder Mahlzeit ein halbes Pulver, gelöst in ein wenig Zuckerwasser, gegeben. Das Erbrechen sistirte stets prompt, die Stühle wurden nach kurzer Zeit normal. C. Rosenthal.

M. Lorrain, Mécanisme du pneumothorax à soupape. Compt. rend. hebd. de la soc. de biol. 1896, No. 13.

Schon Bouveret hat — im Gegensatz zu der Majorität der Autoren — darauf hingewiesen, dass beim Ventilpneumothorax der Eintritt der Luft in den Pleuraraum unmöglich während der Inspiration vor sich gehen kann, sondern ausschliesslich während der Exspiration, bei welcher — namentlich wenn noch Hustenstösse erfolgen — der Druck der Bronchialluft höher ist, als der atmosphärische Druck. Verf. fand in 2 Fällen von Ventilpneumothorax, dass der intrapleurale Druck selbst während der Inspiration positiv, d. h. höher als der Atmosphärendruck war; die Luft vermochte also nur dann in den Pleuraraum einzudringen, wenn ihre Spannung höher war als die atmosphärische, d. h. während der Exspiration. — Man muss also in solchen Fällen so viel wie möglich die Hustenstösse vermeiden. Man muss ferner aufmerksam den intrapleuralen Druck beobachten, um rechtzeitig zu interveniren, indem man entweder dauernd einen Trokart liegen lässt oder indem man wiederholte Punktionen des Pleuraraumes vornimmt. Perl.

M. J. Babinski, Abolition du réflexe du tendon d'Achille. Gaz. des hôp. 1896, No. 150.

Wie Sternberg (Cbl. 1892, S. 210) fand auch Verf. den Achillessehnenreflex nicht nur bei der neuritischen, sondern auch bei der rein neuralgischen Form der Ischias an der erkrankten Seite fehlend. Ist das Phänomen (d. h. Mangel des Reflexes) vorhanden, so lässt sich Simulation ausschliessen; andererseits ist der Reflex bei der hysterischen (psychisch bedingten) Form der Neuralgie wohl vorhanden. Bernhardt.

---

1) **A. Sarbó,** Analgesie des Ulnarisstammes (Biernacki) und des Peroneusstammes als Tabessymptome. Neurol. Centralbl. 1896, No. 8.

2) **A. Giannone,** L'analgesia del nervo cubitale negli alienati. Rivista di patologia nervosa e mentale 1896, No. 7.

1) Nach den Untersuchungen von S. zeigen Gesunde durchweg sowohl das Ulnaris- wie das Peroneussymptom, d. h. die normale Druckreaktion und Schmerzgefühl, welches nach Druck dieser Nervenstämme auftritt. Fehlen des Ulnaris- und Peroneussymptoms ist daher mit Ulnaris- oder Peroneusanalgesie identisch. Die typische Schmerzreaktion konnte bei verschiedenen Nervenkranken (Hemiplegie, multiple Sklerose, progressive Muskelatrophie, Hysterie u. s. w.) stets ausgelöst werden; von 15 Tabesfällen zeigten 6 sowohl beiderseitige Ulnaris- als Peroneusanalgesie. Doppelseitige Ulnarisanalgesie war in 11 Fällen vorhanden, doppelseitige Peroneusanalgesie in 6, halbseitige in 5 Fällen. Nur in einem Falle waren beide Symptome erhalten, in 2 anderen war das Schmerzgefühl dem nor-

Digitized by Google

malen gegenüber herabgesetzt. Alle Kranken litten schon über 4 Jahre an den ausgesprochenen Erscheinungen der Tabes. Ein Zusammenhang zwischen dem Fehlen der Ulnaris- und Peroneussymptome und der Sensibilität liess sich nicht nachweisen. Auffallend war das verschiedene Verhalten der tabischen Männer und Frauen; letztere (5) zeigten die Ausnahmen, während die 10 tabischen Männer durchgehends das Fehlen des Ulnaris- und Peroneussymptoms aufwiesen — eine Erscheinung, die S. durch die grössere Irritabilität des Weibes zu erklären sucht. Ob diese Analgesien als Frühsymptome der Tabes vorkommen und diagnostisch zu verwerten sind, bleibt noch dahingestellt.

2) Bei 47 an Dementia paralytica leidenden Kranken fehlte die Druckempfindlichkeit des N. ulnaris in der Ellenbeuge 23mal auf beiden Seiten und 2mal auf einer Seite, also in 53,2 pCt. der Fälle; abgeschwächt war dieselbe in 12 Fällen (25,6 pCt.) und normal in 10 Fällen (21,2 pCt.). Die Analgesie fand sich sowohl in frühen wie in späten Stadien der progressiven Paralyse. Von diesen Fällen zeigten alle eine Störung der Pupillen; 23 hatten Lichtstarre der Pupillen, allein viele von diesen zeigten eine normale Druckempfindlichkeit des N. ulnaris. In 10 Fällen war die Lichtreaktion träge, in 3 normal. Die Sehnenreflexe waren in 22 Fällen gesteigert, fehlten in 12, waren in 24 vorhanden. 14 von den Kranken hatten sicher, 7 nicht ohne Zweifel Lues gehabt. Von 210 nicht paralytischen Geisteskranken fehlte das Ulnarissymptom resp. die Schmerzempfindlichkeit in 53 Fällen (25,2 pCt.), abgeschwächt war es in 53 Fällen (23,9 pCt.), normal in 107 Fällen (50,9 pCt.). Von 15 Tabikern fehlte bei 9 resp. 60 pCt. die Druckempfindlichkeit, sie war abgeschwächt in 2 Fällen (13,3 pCt.) und normal in 4 Fällen (26,7 pCt.). Die Ulnaris-Analgesie zeigt keine Uebereinstimmung mit dem Fehlen des Patellarreflexes oder mit dem Vorhandensein der reflektorischen Pupillenstarre; sie ist bei Tabikern und Paralytikern seltener, als diese beiden, und hat für sich allein keine diagnostisch wichtige oder pathognomische Bedeutung, eher vielleicht in Verbindung mit den anderen Symptomen der Tabes oder Paralyse; sie ist auch differentialdiagnostisch zwischen Paralyse und anderen Psychosen für sich allein kaum zu verwerten. S. Kalischer.

C. A. Wood, A case of temporary amblyopia from chocolate. Med. Record 1895, December 14.

Ein 54jähriger Mann, der zu Gicht disponirt und sonst gesund war, litt an Anfällen, die mit Kopfschmerz, zunehmenden Scotomen und temporärer Erblindung für die Dauer von 10—30 Minuten einhergingen; zugleich bestand Schwindel und Erbrechen. Diese migräneartigen Anfälle schwanden erst, als Patient aufhörte, seinem Magen süsse Sachen zuzuführen, und vor allem Chocolade, deren Zufuhr stets diese Anfälle erzeugte. Vanille allein hatte nicht diese üblen Folgezustände bei ihm, ebensowenig wie andere nicht chocolade-haltige Zuckerwerke. W. bezieht diese Attacken auf eine Idiosyncrasie für Theobromin. S. Kalischer.

Digitized by Google

M. Bernhardt, Notiz über die familiäre Form der Dystrophia muscularis progressiva und deren Kombination mit periodisch auftretender paroxysmaler Lähmung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. VIII. (1.)

B. berichtet ausführlich über einen bereits 1892 von A. Schoeneberg (Dystrophia musculorum progressiva. Inaug.-Dissert. Berlin.) mitgeteilten Fall von juveniler und hereditärer (familiärer) Muskeldystrophie bei einem ca. 46jährigen Vater und dem 18jährigen Sohn. Beide Kranke zeigten namentlich Nachts oder beim Sitzen und Liegen, seltener bei Bewegung, eigentümliche Anfälle von vorübergehenden Lähmungszuständen; den Kranken werden plötzlich alle Muskeln schlaff und schwach; sie können sich nicht vom Stuhle oder aus dem Bett erheben; das Gesicht wird blau, der Pat. droht zu ersticken und ruft bei völlig erhaltenem Bewusstsein um Hülfe. Alle Muskeln, mit Ausnahme derer des Gesichts, der Augen und der Zunge, sind wie gelähmt. Die Anfälle dauerten 10—15 Minuten; sie haben wohl eine gewisse Aehnlichkeit mit der von Westphal beschriebenen periodischen Lähmung der 4 Extremitäten wie mit der Goldflam'schen paroxysmalen, familiären Lähmung. Das plötzliche Einsetzen und das ziemlich schnelle Verschwinden der Lähmung deutet auf eine Giftwirkung als Ursache hin. Dieser neue Fall lehrt jedenfalls, dass auch die Muskeldystrophie gelegentlich mit dem Symptomenkomplex der paroxysmalen Lähmung sich kombiniren kann und spricht dafür, dass die paroxysmale Lähmung nicht weiter oder nicht immer als blosse Neurose aufzufassen sei. S. Kalischer.

M. Dinkler, Mitteilung eines tödlich verlaufenen Falles von traumatischer Gehirnerkrankung (allgemeine Unruhe, Schwachsinn, Sprachstörungen u. s. w.) mit dem anatomischen Befunde einer Polioencephalitis haemorrhagica inferior acuta. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. VII. Bd. (5 und 6.)

Das 5jährige Kind war im Alter von $2^1/_2$ Jahren 8 m tief hinabgefallen und hatte sich am linken Scheitel geringfügig verletzt, es trat eine kurze Bewusstlosigkeit ein. Von da ab klagt das Kind über Schwindel, Kopfweh, Müdigkeit, lässt Nachts oft Urin, erbricht öfter, schwankt beim Gehen, fällt über Tische und Stühle etc. Endlich tritt plötzlich stotternde Sprache und Störungen im Kauen und Schlingen, allgemeine Unbeholfenheit und Verarmung des Wortschatzes ein. Unter Fieber tritt in 2 Tagen ein comatöser Zustand auf, in dem der Tod erfolgt. Die Narbe am Kopf war mit dem Scheitelbein verwachsen, zu einem chirurgischen Eingriff kam es nicht mehr. Die anatomische Untersuchung ergab eine schwere Erkrankung der 8 letzten Hirnnervenkerne durch eine das Höhlengrau afficirende hämorrhagische Entzündung. Der Fall endete somit als eine Polioencephalitis. Ueber den Einfluss des Traumas auf die diesem folgende Erkrankung äussert sich der Verf. nur in Vermutungen. M. Brasch.

A. Pick, Neue Beiträge zur Pathologie der Sprache. Arch. f. Psychiatrie. XXVIII. (1.)

Der Verf. berichtet im ersten Teile seiner Arbeit von zwei Fällen trans-

corticaler sensorischer Aphasie. Beide betreffen ältere Frauen. Im ersten Falle bestand ein ziemlich hochgradiger, sich allmählich noch verstärkender Mangel des Sprachverständnisses, ein kleiner Wortschatz (aber korrekte Recitation von Gebeten und Bibelstellen), das beabsichtigte Nachsprechen ging gut von statten, bisweilen wiederholte die Pat. gehörte und nicht verstandene Worte in Frageform (Echolalie). Schreiben konnte die Kranke nicht, sie besass auch kein Schriftverständnis.

Im zweiten Falle bestand mangelhaftes Spontansprechen, Paraphasie und vollständige Paragraphie, sehr mangelhaftes Sprach- und Schriftverständnis, Unfähigkeit zu copiren (malt nach), korrektes Nachsprechen, Echolalie, normales Lautlesen, paragraphisches Diktatschreiben. Im weiteren Verlaufe stellte sich ein deutlicher Niedergang der geistigen Fähigkeiten im Allgemeinen ein. Die Sektion ergab das Fehlen einer Herdaffektion. Der Verf. weist darauf hin, dass diese beiden Fälle zeigen, wie es eine leichtere und schwerere Form der transcorticalen sensorischen Aphasie giebt und dass die verschiedenen Typen, die andere Autoren aufgestellt haben, nichts als graduelle Verschiedenheiten derselben Form sind.

Im zweiten Kapitel spricht der Verf. über drei Fälle, welche die Beziehungen zwischen Taubheit und sensorischer Aphasie erörtern, im dritten Kapitel über Inselapbasien. Auf diese beiden Arbeiten kann an dieser Stelle nur hingewiesen werden. M. Brasch.

L. Brauen, Beitrag zur Lehre von den anatomischen Veränderungen des Nervensystems bei Morbus Addisonii. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. VII. (5 u. 6.)

Auf Grund genauer Untersuchungen eines Falles von Addison'scher Krankheit, wobei Nebennieren, Rückenmark, Spinalganglien, Sympathicus etc. auf's Gründlichste berücksichtigt wurden und schliesslich ein negativer Befund sich ergab, kommt der Verf. zu dem Schlusse, dass es konstante Beziehungen zwischen dem Morbus Addisonii und einer Sympathicusläsion nicht gebe. Den Veränderungen, welche er im Nervensystem fand, könnte nicht eine pathologische Dignität zugesprochen werden, dazu gäbe es sichere Affektionen des sympathischen Systems ohne Morbus Addisonii, ferner negative Befunde in pathologisch-anatomischer Hinsicht bei dem letzteren. Als möglich bezeichnet B. einen Zusammenhang derart, dass durch die Cachexie sekundär gewisse Störungen im sympathischen Nervensystem entstehen. M. Brasch.

Hugo Müller, Untersuchungen über die Einverleibung verschiedener Quecksilbersalben in die Haut. (Aus der Abteilung des Dr. Herxheimer im städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M.) Therap. Monatsh. 1896, No. 11.

Verf. unternahm vergleichende Versuche über die Verwendbarkeit des offiziellen Ungt. ciner. und gleich procentuirter Quecksilbersalben, als deren Constituens Resorbin bezw. Mollin und Vasogen bezw. Mollin und Vasogen benutzt worden war, für die endermatische Behandlung der Syphilis; zugleich suchte er festzustellen, welche Applikationsmethode — Einreibungen,

Digitized by Google

Einklatschungen nach Herxheimer (Cbl. 1896, S. 607), Ueberstreichungen nach Welander — für die Einverleibung des Hg in die Haut am besten geeignet sei. Die mikroskopische Untersuchung von Hautstückchen, welche den Versuchspersonen excidirt wurden, lehrte, dass die Fähigkeit, in die Tiefe der Hautfollikel einzudringen, bei den genannten Quecksilbersalben ungefähr die gleiche ist. Dagegen erwies sich die Zeit, welche ihre genügende Verreibung erforderte, als eine recht verschiedene, und da in dieser Beziehung das Resorbinquecksilber die günstigsten Verhältnisse zeigte, dasselbe sich durch seine Reizlosigkeit auszeichnet, scheint es besonders brauchbar zu sein. Was die Applikationsmethoden betrifft, so eignen sich Mollin und Vasogen nur für Einreibungen, mit Ungt. ciner. und Resorbinquecksilber lassen sich die Klatschungen besonders gut ausführen, die sich wegen ihrer Sauberkeit und des geringen Zeitaufwandes, den sie erfordern, empfehlen. H. Müller.

W. Browning, Pitting about the hair-cups, a trophic change of the skin in certain nervous disorders of central origin. Journ. of nerv. and ment. disease 1896, Sept.

Verf. hat bei gewissen Erkrankungen des centralen Nervensystems, insbesondere regelmässig bei progressiver Muskelatrophie infolge chronischer Poliomyelitis ant., an den Extremitäten, und zwar an den unteren meist ausgesprochener als an den oberen, eine Hautveränderung beobachtet, die an sich wenig auffallend und deshalb leicht zu übersehen ist. Es handelt sich um flache Vertiefungen der Haut von etwa $^1/_2$ mm Durchmesser, welche die Austrittsstelle der Haare hofartig umgeben. Meist sind diese Grübchen etwas blasser gefärbt, als ihre Umgebung, und ähneln deshalb kleinen Narben, ohne wirklich solche zu sein. An Stellen dichten Haarwuchses (Kopf, Kinn) fehlten sie stets, auch wurden sie bei Gesunden oder bei Personen mit peripheren Nervenerkrankungen nie beobachtet. Da Verf. mikroskopische Untersuchungen nicht vornehmen konnte, weiss er über die Natur dieser Veränderungen, wie über ihre Beziehungen zu der Grundkrankheit nichts auszusagen. Diagnostisch glaubt er ihr Vorhandensein da verwerten zu können, wo es sich um die Frage handelt, ob eine Rückenmarkserkrankung oder eine Affektion des peripheren Nervensystems vorliegt. H. Müller.

1) **P. G. Unna,** Ueber Gelanthum. Deutsche Med.-Ztg. 1896, No. 73.
2) **E. Schiff,** Filmogen (Liquor adhaesivus). Ein Vehikel zur Applikation von Arzneistoffen auf die Haut. Wiener med. Wochenschr. 1896, No. 46.

Gelanthum wie Filmogen sind Vehikel für die in der Dermatotherapie verwendeten Arzneistoffe; sie trocknen, auf die Haut gepinselt, rasch und vollständig zu einem dünnen, geschmeidigen Häutchen ein und sollen namentlich den Gebrauch der Salben so viel als möglich ersetzen. Vor den Gelatinen haben sie den Vorzug, dass sie vor dem Auftragen nicht erwärmt zu werden brauchen. Der in Wasser lösliche Gelanth ist eine Mischung von Fragauth und Gelatine, in welcher unlösliche Medikamente auf das Feinste verteilt werden und dauernd suspendirt bleibt. Er besitzt eine ausserordentliche Aufnahmefähigkeit für die verschiedensten Stoffe

Digitized by Google

einzeln oder zusammen, wie Ichthyol, Salicylsänre, Pyrogallol, Sublimat etc. und dürfte sich desbalb zu ausgedehnter Verwendung eignen. Der Gelanth verträgt aucb den Zusatz von Fetten und hält sicb. vor Austrocknung bewahrt, unbegrenzt lange.

Filmogen ist eine klare, leicht gelbliche Lösung von nitrirter Cellulose in Aceton, die durch einen Zusatz von Oel geschmeidig gemacht ist. Es bildet auf der Haut durcb Verdunsten des Aceton sofort eine festhaftende, undurchdringlicbe, in Wasser nicbt löslicbe Schicht. Die meisten gebräuchlichen Medikamente, wie Salicylsäure, Jodoform, Chrysarobin, Theer u. a., lösen sich in Filmogen bis zu einem ziemlich erheblichen Procentsatz, andere, wie Schwefel, Zinkoxyd, bilden eine Suspension, die vor dem Gebrauche gut umgeschüttelt werden muss. H. Müller.

A. Staub, Syphilis der Wirbelsäule. Wiener med. Presse 1896, No. 47.

Der 45jährige Patient war zuerst vor 15 Jahren an neuralgischen Schmerzen im Kreuz und leichten paraplegischen Erscheinungen, zu denen sich allmäblich eine geringe Verkrümmung der Wirbelsäule gesellte, erkrankt; bald war aucb ein tuberculo-pustulöses Exanthem im Gesicbt aufgetreten, das lange Zeit für lupös gebalten und dementsprechend bebaudelt worden war. Vor einem Jahre kameu dazu grosse Lymphome am Halse, welche exstirpirt wurden. Als Verf. den Pat. zuerst sab, bestanden neue gummöse Drüsengeschwülste am Halse und knotige Infiltrate im Gesicht; beide gingen unter der Behandlung mit Quecksilber und Jodkalium rasch zurück, auch die neuralgiscben Schmerzen nabmen beträchtlich ab und das vorher erheblich gestörte Allgemeinbefindeu besserte sicb, wäbrend die Veränderungen an der Wirbelsäule stationär blieben. Der Proc. spinosus des 10. Brustwirbels springt stark hervor, unter ibm sinkt die Wirbelsäule tief ein, der 11. und 12. Wirbel, welcbe auf Druck schmerzhaft sind und offenbar den Hauptsitz der Affektion bilden, sind eingeknickt und ihre Proc. spinosi nach rechts abgewicben. — Verf. betont die atypische Verkrümmung der Wirbelsäule bei Syphilis im Gegensatz zu dem spitzwinkligen Gibbus der tuberknlösen Spondylarthrocace. H. Müller.

---

1) **S. Ehrmann,** Das Nosophen in der Dermatotherapie. Wiener med. Presse 1896, No. 47.

2) **Ruge,** Erfabrungen über Nosopben. (Aus der syphil. Klinik d. Charité.) Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIII. No. 5.

1) E. hat das Nosopben mit gutem Erfolge als Streupulver bei Intertrigo und Balanitis, ferner zum Wundverbande bei Excisionen und Scarifikationen, nach Furunkelincisionen und Auskratzung von Scropbuloderma, bei varicösen Beingeschwüren und namentlich auch beim Ulcus molle verwendet.

2) R. dagegen fand das Mittel beim frischen, weichen Schanker ebenso wie beim harten und bei der Behandlung von Bubonenhöhlen ohne Wert, brauchte es aber mit befriedigendem Resultate bei zögernder Ueberhäutung im Reparationsstadium des weichen Schankers, ferner als Puder beim

Digitized by Google

Pemphigus vulgaris nach Abtragung der Blasendecken, und ganz besonders als Wundstreupulver nach der Phimosenoperation. — Einer ausgedehnten Verwendung des Nosophen steht vorläufig sein hoher Preis entgegen.

H. Müller.

Guermouprez, Hystérectomie abdominale totale, substituée à l'opération de Porro. Gaz. des hôp. 1895, No. 102.

Es wird ein Fall von Totalexstirpation des Uterus bei einer Kreissenden mitgeteilt, der trotz der ungünstigen äusseren Verhältnisse (in einer Schenke auf dem Lande) für Mutter und Kind günstig verlief.

A. Martin.

Rittstieg, Zur Casuistik der Haematometra. Münch. med. Wochenschrift 1895, No. 46.

R. berichtet über einen Fall von Haematometra bei einem 22jährigen Mädchen. Patientin ist normal entwickelt, hat nie menstruirt und seit 5 bis 6 Jahren Schmerzen im Unterleib, Harn- und Stuhlverhaltung. Befund: Fester Tumor 3 Finger breit über dem Nabel setzt sich ins kleine Becken fort. Aus der Vulva ragt eine prall-elastische, faustgrosse Geschwulst, die mit der Scheide fest verwachsen ist. Urethra im äusseren Teil für einen Finger durchgängig. Diagnose: Haematometra infolge von Atresia hymenalis. Therapie: Entleerung der Harnblase ($^3/_4$ Liter dunkelbraunen Urin), erfolglose Probepunktion des aus der Vulva ragenden Tumors; sodann $1^1/_2$ cm lange Incision. Entleerung von 3 Litern syrupartiger, dunkelbrauner Flüssigkeit. Tags darauf manuelle Ausräumung von Uterus und Scheide, sowie Ausspülung. Normale Zurückbildung der Genitalien. — Patientin menstruirt seitdem und ist gesund.

A. Martin.

E. Kahn, Zwei Fälle aus der gynäkologischen Abteilung des Hospitals „St. Jacob" in Wilna. Petersburger med. Wochenschr. 1896, No. 2.

Kahn berichtet über einen Fall „Missed labour", bei welchem der in utero abgestorbene Fötus nicht mumificirt, sondern in Fäulnis übergegangen ist.

Der vorliegende Fall bestätigt nach Ansicht des Verf.'s nicht die Ansicht Kleinwächter's über „Missed labour".

Der zweite Fall betrifft eine narbige Stenose der Scheide, welche für den kleinen Finger kaum durchgängig war. Die Operation bestand in Längsincisionen der Scheide und Quervernähung der Wunde. Ein übrig bleibender Defekt wurde durch einen Scheidenlappen gedeckt.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **13. Februar.** **No. 7.**

Inhalt: Korolew, Ueber den Ursprung und die Bedeutung der Ganglienzellen bei der Regeneration verletzter Nerven. (Orig.-Mitteilung.)

Nencki, Ueber Chlorophyll und Blutfarbstoff. — Salkowski, Ueber die Anwendung eines neuen Caseïnpräparates. — Riazantseff, Einfluss der Verdauungsarbeit auf die Stickstoffausscheidung. — Nehring u. Schmoll, Einfluss der Kohlehydrate auf den Diabetiker. — Pichler, Zur Diagnose melanotischer Tumoren. — Sykoff, Behandlung der Wandermilz mit Splenopexie. — Neugebauer, Glykosurie bei Darmeinklemmungen. — Kuhn, Casuistische otologische Mitteilungen. — Killian, Ueber Rhinoscopia media. — Schmiegelow, Zur Pathogenese der schwarzen Zunge. — Grether, Abwasserreinigung durch Kalk. — Paul, Vergiftung durch Einatmung salpetriger Säure. — Manicatide, Verhalten der Milz bei tuberkulösen Kindern. — Friedländer, Wirkung des konstanten Stromes bei traumatischer Lähmung. — Thiele, Zur Prognose der Encephalitis. — Leimbach, Zur Symptomatologie der Tabes. — v. Bechterew, Ueber willkürliche Erweiterung der Pupille. — Savor, Cystitis crouposa bei saurem Harn. — Heusner, Beitrag zur Behandlung der Hyperhydrosis. — Weber, Syphilis und amyloide Degeneration. — Unna, Ueber Purpura senilis.. — Folet, Extrauterinschwangerschaft von 15jähriger Dauer. — Lepage und Bar, Ueber Symphyseotomie. — Ullmann, Dermoidcyste des linken Ovariums.

Ueber den Ursprung und die Bedeutung der Ganglienzellen bei der Regeneration verletzter Nerven.

Von

E. E. Korolew.

(Histologisches Laboratorium bei der k. militärisch-medizinischen Akademie in St. Petersburg.)

Im Laufe des letzten Jahres war ich in dem histologischen Laboratorium von Prof. Dr. M. D. Lavdowsky mit der Frage über die Degeneration und Regeneration der Nervenfasern beschäftigt; im Folgenden erlaube ich mir, einen Teil meiner Beobachtungen zu veröffentlichen.

Dank den bekannten Untersuchungen der Herren Professoren Sigmund

MAYER[1]) und M. LAVDOWSKY[2]) wissen wir, dass in den sich regenerirenden Nervenfasern, und zwar sowohl ausserhalb, als auch innerhalb der Schwann'schen Scheide, gar nicht selten — man könnte sagen fast immer — echte Ganglienzellen, also wirkliche Nervenzellen gefunden werden; ihre Beziehungen zu den Nervenfasern sind noch nicht genügend aufgeklärt.

Die Isolation der sich regenerirenden Nervenfasern resp. der auf's Neue sich entwickelnden Axencylinder ist schwer, da diese Filamente zart, gebrechlich und veränderlich sind.

Deshalb erscheint die Frage über den Ursprung, die Bedeutung und Schicksale der neugebildeten Nervenzellen noch fast offen und neue Untersuchungen sind deshalb gerechtfertigt.

Ich gedenke aber zunächst die Berücksichtigung der litterarischen, namentlich der negativen Angaben betreffs der Ganglienzellen in den sich regenerirenden Nerven beiseite zu lassen. Man kann wohl annehmen, dass die Ursachen der negativen Bemühungen der Autoren teils von unglücklichen Zufälligkeiten abhängen, teils durch nicht vollkommen ausreichende Untersuchungen oder Mangel an Material begründet waren.

Was nunmehr meine eigenen Beobachtungen anbelangt, so hatte ich in dem Laboratorium von Professor M. LAVDOWSKY ganz ausreichendes Material an gut genährten weissen Ratten, mit welchen ich ausschliesslich arbeitete. Alle meine Versuche wurden ferner vollkommen aseptisch angestellt und umfassten die Zeit von 3—80 Tagen nach der Verletzung der Ischiadici (schnelle und scharfe Durchschneidung derselben).

So hatte ich die durchgeschnittenen Nerven in allen ihren successiven Veränderungen vor Augen.

Die Hauptergebnisse meiner Untersuchungen über den ganzen Degenerations- und Regenerationsprozess, zu welchen ich nach fast alltäglichen Untersuchungen im Laufe eines Jahres gekommen bin, können folgendermaassen zusammengefasst werden.

I. Peripherische Abschnitte der durchschnittenen Nerven.

Die ersten an den peripherischen Abschnitten der durchschnittenen Nerven in die Augen tretenden Veränderungen bestehen in kaum bemerkbaren Trübungen des Markes und des umgebenden Plasmas nebst den Kernen der Schwann'schen Scheide.

Der bekannte Zerfall des physiologisch ununterbrochenen Markes (Myelinscheide), welchen einige Pathologen bis jetzt als „fettige Degeneration" der markhaltigen Nerven ansehen, wird zuerst am 2. bis 3. Tage nach der Durchschneidung des Ischiadicus, und zwar in dem Gebiete der Schmidt-Lantermann'schen Incisuren, in der ganzen Ausdehnung der interannullären Segmente RANVIER's sichtbar.

---

[1]) SIGM. MAYER, Die peripherischen Nervenzellen und das sympathische Nervensystem. Berlin 1876.

[2]) M. LAVDOWSKY, Ueber die Entwickelung und die Regeneration der Nervengewebe. Cap. XLII. in der „Mikroskop. Anatomie des Menschen und der Tiere" (1887. Bd. I. S. 392) von M. LAVDOWSKY und Ph. OWSJANNIKOW.

Digitized by Google

Dieser Prozess der Veränderungen des Markes besteht, wie RANVIER[1]) und LAVDOWSKY[2]) nachgewiesen und dargestellt haben, keinesfalls in der angeblichen fettigen Degeneration der markhaltigen Nerven (allerdings hat sich RANVIER für eine fettige Metamorphose des Nervenmarkes zum Teil ausgesprochen), sondern ist ein eigenartiger regelmässiger Zerfall oder eine pathologische Segmentation der Marksubstanz infolge gestörter Nutritionsvorgänge, welche jede Verletzung incl. Durchschneidung der Nerven mit sich bringt.

Bekanntlich bildet sich mit der Zeit die Segmentation des Markes klarer und schärfer aus; das Mark zerfällt in grosse und kleine Schollen und endlich in Körnchen. Zu gleicher Zeit wächst das Markprotoplasma, die Kerne vermehren sich (M. LAVDOWSKY, l. c. Fig. 245) und, indem sie sich mit dem Protoplasma an gewissen Punkten der Schwann'schen Scheide ansammeln, verlieren die Nervenröhren ihren regelmässigen Habitus um so mehr, als an den Stellen des Markverlustes die Schwann'sche Scheide verhältnismässig schrumpft.

Während der Beobachtung der hier kurz angedeuteten Degeneration der Marksubstanz stiess ich auf einige neue Thatsachen, welche die Veränderungen des Axencylinders der Nerven betreffen.

Es ist schon aus der Litteratur hinreichend bekannt (RANVIER, LAVDOWSKY, TANGL, HANKEN, KORYBUTT-DASKIEWICZ, TIZZONI-BÜNGNER, STRÖBE, P. ZIEGLER), dass während des Zerfalls des Markes stets auch der Axencylinder zerfällt, und zwar wieder zuerst in den Schmidt-Lantermann'schen Incisuren. Das Axenband zerfällt in Stücke und es giebt anfänglich genau so viele Stücke desselben, wie die Zahl der Marksegmente beträgt (M. LAVDOWSKY, l. c. Fig. 245). Die Axenstücke liegen in der Mitte ihrer Segmente, sie sind mehr oder weniger zusammengeschrumpft, wellenförmig, spiralartig u. dergl., und können leicht innerhalb der Segmente entdeckt werden, sobald die Färbung der Nerven zutreffend ist.

In den ersten Stadien der Degeneration erscheint der Axencylinder noch homogen oder feinfaserig (allerdings ist die Faserung desselben nicht immer zu beobachten). In den späteren Stadien aber erhalten alle Axenstücke feinkörnige Beschaffenheit, oder — wie es mir gelungen war, zu sehen — es macht den Eindruck, als bestänen sie aus dicht gefilzten, kurzen, etwa stäbchenförmigen Fäserchen oder auch aus dicht gefilzten, kurzen, faserähnlichen Krystallen. Solche degenerirte Axenstücke schimmern durch ihre Marksegmente manchmal prächtig durch!

Bei der Anwendung der modernen Apochromatobjektive habe ich unter der Kontrolle des Herrn Prof. M. LAVDOWSKY die veränderten Axencylinder vollkommen klar gesehen.

Nun ist aber mit den angegebenen Veränderungen der Axenstücke die anatomische Verletzung ihrer Substanz bei weitem nicht beendet.

Ich fand noch eine Reihe von anderen Bildern.

---

[1]) M. RANVIER, Leçons sur l'histologie du système nerveux. Paris 1878. Tome II.

[2]) M. LAVDOWSKY, l. c. S. 389 in der angegebenen Mikroskop. Anatomie.

Die Axenstücke zerfallen selber, und zwar ziemlich parallel den fortschreitenden Markzerstörungen in mehr und mehr sich verkleinernde Teilchen und endlich in Körnchen, welche noch nicht der Tinktionsfähigkeit entbehren und sich so in der Myelinmasse noch klar unterscheiden lassen.

Es sind daher in gewissen Stadien der Degeneration die beiden Hauptbestandteile der markhaltigen Nerven — die Marksubstanz und der Axencylinder — vollkommen alterirt, sie gehen in eine feinkörnige Masse über und somit wird der ganze peripherische Abschnitt der Nerven in seinen beiden Hauptbestandteilen für den Prozess der Phagocytose gut vorbereitet.

In der That werden die Zerfallsprodukte der Degeneration, wie es die Proff. RANVIER und LAVDOWSKY ganz genau nachgewiesen haben, vermittelst der ausgewanderten Leukocyten fortgeschafft, welche bei den nicht aseptisch operirten Nerven massenhaft sowohl ausserhalb, als auch innerhalb der Schwann'schen Scheide vorkommen. Sie fressen die Myelinschollen und Myelinkörnchen, indem sie dieselben in ihren Protoplasmakörper amöboïd aufnehmen.

Alle die myelinhaltigen Körperchen sind wiederum nicht als fettig degenerirte Elemente anzusehen, sondern als Phagocyten (METSCHNIKOW's), welche die formativen Produkte der Verletzung entfernen und in der Weise die betreffende Stelle des Organismus von den Krankheitsprodukten befreien.

Meiner Ansicht nach, sowie nach den Angaben der Proff. RANVIER und LAVDOWSKY u. A. wird also der grösste Teil der Zerfallsprodukte eben vermittelst der Lebensthätigkeit der Leukocyten entfernt, einen anderen Teil nimmt vielleicht die Lymphe mit sich und ein dritter Teil endlich bleibt noch lange Zeit unveränderlich in der Form ziemlich grosser Myelinstücke, am meisten in der Form der Conglomerate von Myelinkörperchen, welche ich manchmal bis zum 80. Tage in der cicatrisirten Stelle beobachten konnte.

Was endlich die Schwann'sche Scheide während der Degenerationsprozesse anbelangt, so wird dieselbe aus einer homogenen, strukturlosen Haut in ein Büschel feiner, indifferenter Fasern verwandelt und mit der Zeit sehr aufgelockert, um genügend freien Platz für die neuen, aus den centralen Abschnitten der durchgeschnittenen Nerven hervorwachsenden Nerven zu schaffen.

Es sei hier ferner die Vermehrung der Kerne der Nervenfaser durch die mitotische Teilung erwähnt.

Die Wucherung der Kerne sowohl im peripherischen, als auch im centralen Abschnitt der durchgeschnittenen Nerven konnte man wohl vermuten infolge aller der Nutritionsbedingungen, welche die Verwachsung der Nerven begünstigen.

Und in der That finden wir besonders in dem weiter zu besprechenden centralen Abschnitte der Nerven die Kernvermehrung sicher. Aber die Zahl der sich vermehrenden Kerne ist relativ sehr gering und es erfordert nicht wenig Mühe, um solche Kerne zweifellos zu konstatiren.

Die Wucherung vollzieht sich immer mitotisch: Kerne in den Stadien von Spiren, Aster, Diaster und Dispiren beobachtete ich nicht selten, färbte sie lege artis mittelst verschiedener Farbstoffe und demonstrirte sie Herrn Prof. M. Lavdowsky in jedem gelungenen Falle.

Diese Notiz über das Vorkommen der wuchernden Elemente in den verwachsenden Nerven finde ich um so mehr gerechtfertigt, als, wie früher, so auch in letzter Zeit, Prof. Ranvier nie solche Elemente auffinden konnte und daher eine neue Theorie über die Cicatrisation vorschlägt (Le bulletin medical, 6 janv. 1897, No. 2, p. 14). Auf die Theorie von Ranvier erlaube ich mir in einem anderen Aufsatze zurückzukommen; hier beschräuke ich mich auf das Gesagte, da die negative Angabe von Ranvier, insofern sie wenigstens die Frage über die Kernwucherung in dem cicatrisirten Nervengewebe anlangt, augenscheinlich nur zu den nicht gelungenen gerechnet werden muss.

Aber ausser den Erscheinungen progressiver Natur in den Kernen, das heisst ausser der soeben angegeben Kernteilung, finden sich in ihnen auch regressive Vorgänge, z. B. Vacuolisation der Kernsubstanz in manchen Nuclei des peripherischen Abschnittes u. dergl., wie es einige Beobachter beschrieben haben. Solche regressive Veränderungen sind unschwer zu entdecken.

(Schluss folgt in nächster No.)

M. Nencki, Ueber die biologischen Beziehungen des Blatt- und Blutfarbstoffs. Ber. d. d. chem. Ges. Bd. 29. S. 2877.

Schunk und Marchlewski haben gefunden, dass das von ihnen aus dem Chlorophyll dargestellte Phylloporphyrin nicht nur, was zum Teil schon bekannt war, in seinen Spectraleigenschaften sehr nahe mit dem Haematoporphyrin übereinstimmt, sondern dass auch seine Zusammensetzung eine nahe Beziehung zu diesem zeigt. Sie fanden für das Phylloporphyrin die Zusammensetzung $C_{16}H_{18}N_2O$, während dem Hämatoporphyrin nach Nencki die Formel $C_{16}H_{18}N_2O_3$ zukommt. N. führt die biologische Bedeutung dieser Beobachtungen in sehr lesenswerten, jedoch im Auszug nicht gut wiederzugebenden Ausführungen weiter aus. E. Salkowski.

E. Salkowski, Ueber die Anwendung eines neuen Caseïnpräparates „Eucasin" zu Ernährungszwecken. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 15.

Der Anwendung des Caseïns selbst, von welchem Ref. früher in Uebereinstimmung mit älteren Angaben von Zuntz und Potthart nachgewiesen hat, dass es im stande ist, das Eiweiss in der Nahrung vollständig zu ersetzen, als diätetisches Mittel stellt sich die Schwierigkeit entgegeu, dass dasselbe eine unbequeme Pulverform hat. Ref. hat daher Fütterungsversuche mit einer löslichen Ammoniakverbindung des Caseïns, der Kürze halber Eucasin genannt, an Hunden angestellt. Aus denselben ergab sich, dass, als der gesammte Stickstoff in der Nahrung in Form von Eucasin eingeführt wurde, dasselbe in 4 Versuchsreihen, welche bis zu 24 Tagen dauerten, zu 95,38 bis 96,23 pCt., also in vorzüglicher Weise ausgenutzt

wurde, während die Ausnutzung der Somatose in einem zur Kontrolle ausgeführten Versuch nur 60,49 pCt. betrug. Die Somatose bewirkte gleichzeitig gesteigerte Darmentleerungen, während dieselben bei Eucasinfütterung ihre gewöhnliche Beschaffenheit behielten. Bei der 17 Tage dauernden Somatose-Fütterung kam der Hund stark herunter und konnte durch nachfolgende vierzehntägige Eucasinfütterung in seinen früheren Ernährungszustand gebracht werden. Auch die Ausnützung der Kohlehydrate und des Fettes liess bei der Fütterung mit Eucasin nichts zu wünschen übrig. Etwas weniger gut war die Ausnützung des Stickstoffs bei einem, allerdings nur 2 Tage umfassenden Ernährungsversuch mit Eucasin beim Menschen, nämlich 86,17 pCt. Dasselbe wurde übrigens gut vertragen. Ref. kommt zu dem Schluss, dass das Eucasin Beachtung von ärztlicher Seite und zu Ernährungszwecken überhaupt verdient. E. Salkowski.

N. V. Riazantseff, Le travail de la digestion et l'excrétion de l'azote dans les urines. Arch. des sciences biolog. de St. Pétersb. IV. S. 393.

Insbesondere durch die Versuche von v. MERING und ZUNTZ steht es fest, dass der Anstieg des Stoffwechsels nach Aufnahme von Nahrung auf der damit verbundenen Arbeit des Verdauungskanals beruht. Verf. sucht nun auch für die Steigerung der N-Ausscheidung während der Verdauung den gleichen Beweis zu führen. Er bediente sich dreier Methoden: zunächst der der sogen. Scheinfütterung, bei der die Verdauungsdrüsen in Thätigkeit versetzt wurden, ohne dass Nahrung in den Magendarmkanal gelangt; diese gelangt nämlich durch eine Oesophagusfistel wieder nach aussen. Bei solcher Scheinernährung stieg nun unter 7 Versuchen 6mal die N-Ausscheidung in den 7 der Fütterung folgenden Stunden deutlich an. Der Anstieg war erheblicher, wenn durch eine Magenfistel zugleich Wasser in den Magen gebracht wurde. — Sodann beobachtete Verf. umgekehrt die N-Ausscheidung, wenn er versuchte, Nahrung auf eine Weise in den Magen zu bringen, ohne dass dadurch die Saftsekretion angeregt wird. Das soll nach KHIGINE gelingen, wenn die Einführung durch eine Fistel geschieht, ohne das Tier zu reizen oder seine Aufmerksamkeit zu erregen. 400—800 ccm Eiereiweiss hatten dieselbe geringe Steigerung der N-Ausscheidung zur Folge, wie Wasser, Rinderserum eine höhere, jedoch im Verhältnis zur eingeführten Eiweissmenge auch nur eine sehr geringfügige. — Endlich stellte Verf. Versuche an, in denen einerseits Brot, andererseits Milch in solcher Quantität eingeführt wurden, dass die N-Menge jedesmal gleich war. Die Stickstoffausscheidung war bei Brotfütterung beträchtlich höher als bei Milch. Verf. bezieht dieses Resultat auf die grössere Verdauungsarbeit, die durch Brot bedingt wird, wie er im Allgemeinen aus seinen Versuchen schliesst, dass der Anstieg der N-Ausfuhr nach Nahrungsaufnahme abhängig ist von dem Umfange, in dem die Verdauungsdrüsen durch die Nahrung in Thätigkeit gesetzt werden.

A. Loewy.

Digitized by Google

O. Nehring und **E. Schmoll,** Ueber den Einfluss der Kohlehydrate auf den Gaswechsel des Diabetikers. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 31. S. 59.

Külz hatte gefunden, dass auch in Fällen von schwerem Diabetes nicht alle zugeführten Kohlehydrate im Harn wieder erscheinen, und daraus geschlossen, dass ein Teil derselben verbrannt werde. Ist das der Fall, so muss es sich am Steigen des respiratorischen Quotienten dokumentiren. Verff. haben nach der Zuntz-Geppert'schen Methode den Gaswechsel an zwei Diabetikern — bei dem einen in 5, bei dem andern in 2 Versuchsreihen — zunächst im nüchternen Zustande, dann kürzere und längere Zeit nach Zufuhr von Kohlehydraten untersucht. Meist wurde zugleich der Harn des Versuchstages in mehreren Portionen quantitativ auf N und Zucker untersucht. Es wurde ihnen dadurch möglich, annähernd zu berechnen, in welchem Maasse sich Eiweiss, Fett, Kohlehydrate am Stoffwechsel beteiligten. — Das Hauptinteresse liegt im Verhalten des respiratorischen Quotienten. Im Gegensatz zum Gesunden fand sich ein anfängliches Sinken desselben bis auf unternormale Werte (0,683 in einem Falle), dem ein allmähliches Ansteigen auf den Nüchternwert folgte. Eine nennenswerte Verbrennung von KH hat also nicht stattgefunden, trotzdem beim Vergleich der zugeführten und im Harn ausgeschiedenen Zuckermengen sich ergab, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil nicht zur Wiederausscheidung gekommen war. Dieser ist, wie schon Laves und Weintraud auf Grund analoger Versuche annahmen, wohl als Glycogen im Organismus geblieben. Auch das anfängliche Sinken des respiratorischen Quotienten ist mit Wahrscheinlichkeit dahin zu deuten, dass unter dem Einfluss der gereichten Kohlehydrate aus zerfallendem Eiweiss sich Glycogen ablagerte.

Die absolute Grösse des Gaswechsels war nach der Kohlehydrataufnahme gesteigert. Da eine Verbrennung derselben nicht statt hatte, kann diese Steigerung nur im Sinne von Speck und Zuntz durch die mit ihrer Resorption verbundene Verdauungsarbeit bezogen werden.

A. Loewy.

K. Pichler, Beitrag zur Symptomatologie und Diagnose der melanotischen Tumoren. Zeitschr. f. Heilk. XVII. S. 259.

Ein 45jähriger Mann, der vor 11 Jahren bereits vorübergehend an Gelbsucht gelitten hat, klagt seit zwei Jahren über Magen- und Darmbeschwerden. Nach einem Sprung traten Schmerzen in der Lebergegend mit Gelbsucht und Erbrechen auf. Pat. wird nach einigen Tagen benommen und delirirt. Die Untersuchung in der Klinik ergiebt die Leber stark vergrössert, bis 2 Querfinger unter den Nabel reichend, sehr hart und scharfrandig. Der Leib ist mässig aufgetrieben. Der Urin, dunkelrot, dunkelt beim Stehen an der Luft nach. Kein Albumen, eine Spur Saccharum. Die Legal'sche Acetonprobe zeigt nach Zusatz von Nitroprussidnatrium-Lösung und Lauge purpurrote Färbung, die nach Essigsäurezusatz in eine dunkelblaue Färbung übergeht.

Auf diese von Thormählen und v. Jaksch angegebene Berlinerblau-Reaktion in Verbindung mit der Melanin-Reaktion — Schwarzfärbung des Harns nach Eisenchloridzusatz — wird die Diagnose auf ein mela-

notisches Lebersarkom gestellt. Die Blutuntersuchung ergiebt eine leichte Vermehrung der Leukocyten; sowohl in den Leukocyten, als auch frei findet sich intensiv schwarzes, scholliges Pigment. Pat. geht in 2 Tagen unter starker nervöser Depression zu Grunde.

Die Sektion ergiebt einige kleine schwarze Knötchen in der Pleura der rechten Lunge, im Papillarmuskel des linken Ventrikels im vorderen Mediastinum. Die Leber, enorm vergrössert, zeigt an der Oberfläche zahllose schwarze und spärlichere graue Flecken, welche den die Leber völlig durchsetzenden Neoplasmen entsprechen. Auch die Milz, beide Nebennieren, einige retroperitoneale Lymphdrüsen zeigen melanotische Tumoren. Die Tumoren aller dieser Organe sind sekundärer Natur, innerhalb der Blutgefässe zur Entwicklung gekommen. Ein primärer Tumor ist trotz sorgfältigster Untersuchung nicht zu finden; vor allem hat die Untersuchung der Haut und der Augen ein negatives Ergebnis.

Verfasser betont die klinische Bedeutung der oben erwähnten, von v. Jaksch empfohlenen Harnproben für die Diagnose der melanotischen Tumoren. In dem vorliegenden Fall ergab die übrige Untersuchung keinen Anhaltspunkt; die durch die Sektion bestätigte Diagnose wurde lediglich auf die Urinuntersuchung hin gestellt. M. Rothmann.

W. Sykoff, Ueber die Behandlung der Wandermilz mit Splenopexie. Arch. f. klin. Chir. LI. S. 637.

Die Schlussfolgerungen der wesentlich experimentellen Arbeit ordnet Verf. nach zwei Gesichtspunkten, je nachdem sie die Operation der Splenopexie und die Funktion der Milz betrafen. Hinsichtlich der Splenopexie kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Mit Hülfe der Catgutnaht kann die Milz recht fest und sicher an der Bauchwand befestigt werden. 2. Für diese Fixation ist es genügend, die Hälfte oder den mittleren Teil der Milz anzunähen. 3. Die Milz wird infolge der Zusammenziehung der neugebildeten Gewebszüge etwas im Umfang verkleinert. 4. Die angenähte Milz setzt ihre Funktion fort. 5. Die Hauptrolle bei Fixation der Milz spielen die Fäden von Catgut, neben welchen sich Gewebsstränge bilden. 6. Jede Art von Reiz und Nekrotisirung der Oberfläche zu dem Zweck, festere Verwachsungen hervorzurufen, ist nicht am Platze, weil erstens überflüssige Verwachsungen mit den gekrümmten Teilen, wie dem Darm u. s. w., entstehen; zweitens, weil im Falle der unvollkommenen Aseptik das Catgut eher eine Eiterung als normale Gewebe hervorrufen kann.

Die Schlussfolgerungen hinsichtlich der Milzfunktion lauten:

1. Die Exstirpation der Milz unter sonst günstigen Bedingungen ist nur bei ganz normalem Zustande anderer blutbereitender Organe möglich. 2. Statt der Splenectomie bei örtlichem Leiden der Milz muss man die Resektion der Milz unternehmen, welche bei der Anwesenheit von Dampf möglich ist. 3. Die Operation der Splenectomie ist angezeigt, wenn die pathologisch veränderte Milz nicht ein sekundäres, sondern ein primäres Leiden vorstellt, welches sich auf den Organismus verbreiten kann, und endlich in dem Falle, wenn man nicht hoffen kann, dass die pathologisch

veränderte Milz, so wenig es auch sei, ihre physiologische Bestimmung erfüllen wird. 4. Die Wandermilz muss und kann fixirt werden. 5. Die mit Catgutnetz fixirte Milz funktionirt. 6. Die angenähte Milz nimmt an Umfang ab, was bei ihrer Hypertrophie sehr vorteilhaft ist. 7. Bei vorgefallener Milz soll ein Versuch gemacht werden, sie wieder zu reponiren und zu fixiren. P. Güterhock.

Fr. Neugebauer, Vorübergehende Glycosurie bei incarcerirter Hernie. (Aus der chir. Klinik Prof. Nicoladoni's in Graz.) Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 37.

Auf Grund von 2 in obiger Klinik beobachteten einschlägigen Fällen und von Tierversuchen kommt Verf. zu dem Schluss, dass Incarcerationen oder Abschnürungen des Duodenums, Jejunums allein oder die Incarcerationen von Brüchen, bei denen ein grosser Teil des Dünndarms ausgeschaltet ist, beim Menschen vorübergehende Glycosurie bedingen können. Nach Aufhebung des Darmverschlusses verschwindet die Glycosurie, resp. die Zuckerausscheidung in wenigen Stunden. Dieselbe hat keinen schädigenden Einfluss auf den Wundverlauf, auch macht sie sich für die Narkose nicht in schädlicher Weise geltend. P. Güterbock.

A. Kuhn, Casuistische Mitteilungen: I. Otitis media purulenta acuta sinistra. Meningitis oder Gehirnabscess!? Amnestische Aphasie. Operation. Tod. Meningitis. — II. Cholesteatom des rechten Mittelohrs. Während der Operation Tod infolge von Lufteintritt in den verletzten Sinus sigmoideus. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 29. S. 9.

Im ersten Falle wurde bei dem 23jährigen Pat., der im Anschluss an akute Mittelohrentzündung Hirnsymptome zeigte, auf Grund der deutlich ausgesprochenen amnestischen Aphasie ein otitischer Hirnabscess im linken Schläfenlappen diagnosticirt und die Trepanation des Schädels zum Zwecke der Entleerung desselben vorgenommen. Das Resultat der Operation war negativ. Exitus letalis 2 Tage nach der Operation. Bei der Obduktion fand sich neben eitriger Meningitis leichte Erweichung und stark hämorrhagische Infiltration in der Hirnsubstanz in der linken zweiten Schläfenwindung; am vorderen und mittleren Teile derselben war auch das grüne, eitrige Infiltrat der Pia am stärksten aufgelagert. Nach Verf. dürften diese letzteren, sowie die Störungen in der Gehirnsubstanz und insbesondere die Kreislaufsstörungen mit die Veranlassung zur Aphasie gewesen sein.

Der zweite Fall betrifft ein 15jähriges anämisches Mädchen, bei welchem zur Entfernung eines (wahrscheinlich primären) Cholesteatoms des Schläfenbeins die Trepanation des Warzenfortsatzes vorgenommen wurde. Während der Operation sistirten plötzlich Puls und Respiration und trotz $^3/_4$ Stunden lang fortgesetzter Wiederbelebungsversuche trat der Exitus letalis ein. Verf. glaubte es mit einem Chloroformtod zu thun zu haben; die Obduktion ergab aber als Todesursache Luftembolie im rechten Herzventrikel, vom Sinus sigmoideus ausgehend. Bemerkenswert ist, dass die sonst bei den Sinusverletzungen stets auftretenden, meist starken Blutungen,

Digitized by Google

sowie auch das sonst deutlich hörbare schlürfende Geräusch vermisst wurden. Verf. sieht den Grund dafür darin, dass die Tumormassen, die in ausserordentlicher Ausdehnung das Schläfenbein durchsetzten, auch in den Sulcus sigmoid. hineingewuchert waren und den Blutleiter vollständig komprimirt und blutleer gemacht hatten. Auch die Verletzung der Sinuswand lasse sich dadurch erklären, dass letztere infolge des Druckes durch die Neubildung erkrankt und brüchig geworden war. Zur möglichsten Vermeidung des Lufteintritts in den Sinus empfiehlt Verf. nach dem Vorgange GENZMER's dafür zu sorgen: 1. dass der Blutdruck noch nicht zu sehr gesunken sei; 2. dass der Kranke keine gewaltsamen Inspirationen mache, und 3. dass die Sinuswand immer durch Flüssigkeit von der Luft abgesperrt sei. Ist schon Luft in den Sinus und dann ins rechte Herz eingedrungen, dann wäre immerhin nach SENN der Versuch zu machen, durch Punktion und Aspiration des rechten Ventrikels die eingedrungene Luft zu entfernen und den tödlichen Ausgang vielleicht zu verhindern.

Schwabach.

G. Killian, Ueber Rhinoscopia media. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 33.

Rhinoscopia media nennt Verf. eine Untersuchungsmethode, welche die Bestimmung hat, die Riechspalte und den mittleren und unteren Nasengang sichtbar zu machen. Zu diesem Zwecke wurden die Schnäbel des Hartmann'schen Speculums entsprechend verlängert und verdünnt. Nach gehöriger Cocaïnisirung wird das Instrument möglichst leicht eingeführt und mit mässigem Druck dilatirt. Auf diese Weise gelingt es, die beiden seitlichen Wände der Riechspalte von dem freien Rande der mittleren Muschel bis zur Lamina cribrosa vollständig zu übersehen. Der obere Nasengang und die obere Muschel markiren sich oft nur wenig. Die vordere Keilbeinfläche und die Mündung der Keilbeinhöhle zeigen sich direkt. Im mittleren Nasengang kann man den Hiatus semilunaris, Processus unc., Bulla ethm., die Spalte zwischen dieser und der mittleren Muschel, Oeffnungen von vorderen Siebbeinzellen, den Anfang des Weges nach der Stirnhöhle direkt sehen. Auch am unteren Rande der unteren Muschel vorbeigehend, kann man bis gegen die Mündung des Thränennasenganges alles überblicken. (Ref. bedient sich seit Jahren eines modificirten Hartmann'schen Speculums, das genau dem mittleren, von KILLIAN angegebenen entspricht, zu dem Zweck, den mittleren Nasengang genauer zu untersuchen, als es sonst möglich ist; er kann die K.'sche Mitteilung nur bestätigen.)

W. Lublinski.

Schmiegelow, Beitrag zur Pathogenese der sog. schwarzen Zunge. Arch. f. Laryng. u. Rhin. IV. (2.)

Die Parasitenlehre dieser Affektion hat eine etwas festere Basis bekommen, da es nach dem Vorgange von CAGLINSKI-HEWELKI, sowie auch SENDZIAK Verf. geglückt ist, schwarzgefärbte Pilze von der Oberfläche der schwarzen Zunge zu isoliren. Dieselben wurden als Trichosporium chartacenm in dem einen Falle bestimmt. Es ist das ein Pilz, der auf feuchtem

Papier, Tapeten etc., an dunklen Stellen wächst. Der andere gehörte zur Familie Oospera, ist von hellerer Farbe. Pathogen sind beide kaum.

W. Lublinski.

Grether, Betrachtungen zur Frage der Abwasserreinigung. Arch. f. Hyg. 1896. XXVII. S. 189.

G. hat den Einfluss einer Klärung mittelst Kalk auf das Berliner Sielwasser an der Pumpstation V untersucht. Er setzte zunächst 0,2, 0,1 und 0,05 pCt. CaO zu dem Kanalwasser, welches er zum Teil vorher sedimentiren liess, da er glaubte, die desinficirende Kraft des Kalkes dadurch zu erhöhen. Es liess sich jedoch ein Vorteil für die desinficirende Wirkung des Kalkes durch vorheriges Sedimentiren nicht nachweisen, stets brauchte G. etwa 0,2 pCt. CaO, um eine vollkommene Desinfektion zu erreichen, während bei geringerem Kalkgehalt nur eine Wachstumshemmung auftritt. Sodann setzte G. zu einer Probe die zur Desinfektion erforderliche Menge auf einmal hinzu, während er bei anderen Proben zunächst durch Zusatz von 0,05 pCt. CaO die suspendirten Stoffe fällte. Er fand, dass sich die desinficirende Wirkung des Kalkes durch fraktionirten Zusatz seigern liess, jedoch werden bei der Anfangsfällung viele Bakterien und Dauerformen mitgerissen, welche sich im Niederschlag lebensfähig erhalten. Einige der Kalkmilch gegenüber sehr widerstandsfähige Formen wurden stets gefunden, allein dieselben waren für Mäuse nicht pathogen. Gegen die chemische Beschaffenheit eines mit Kalk geklärten Wassers ist nichts einzuwenden, schon bei 15facher Verdünnung ist die Mischung vollständig unschädlich und bei 50facher Verdünnung ist eine Erhöhung des Härtegrades nicht nachzuweisen.

H. Bischoff.

G. Paul, Vergiftung durch Einatmung von salpetriger Säure mit letalem Ausgange. Wien. klin. Wochenschr. 1895, No. 38.

Vergiftungen durch Einatmung von salpetriger Säure sind bisher nur selten beobachtet worden. Im vorliegenden Falle handelte es sich um einen 32jährigen Arbeiter, der beim Ausräumen einer ausser Betrieb gesetzten Bleikammer verunglückte; nach Beendigung der Arbeit klagte er über quälenden Hustenreiz und Atembeschwerden, welche Krankheitserscheinungen die ganze Nacht anhielten. Am folgenden Tage versuchte er noch zu arbeiten, stürzte jedoch plötzlich zusammen. Die Untersuchung ergab in den unteren Partien des Thorax einen leicht gedämpften, in den oberen Partien deutlich tympanitischen Schall; über beiden Lungen dichte, kleinblasige Rasselgeräusche, nirgends bronchiales Atmen; Herz normal, Urin frei von Albumen und Zucker, keinerlei Hirnsymptome; Temperatur nicht erhöht, Puls 80 voll. Hochgradige Dyspnoe; durch heftige Hustenparoxysmen wird stossweise reichlicher fleischfarbener Auswurf entleert. Unter Zunahme der Dyspnoe, Erhöhung der Temperatur, Nachlassen der Herzthätigkeit starb Pat. nach 30stündiger Krankheitsdauer. Aus dem Sektionsprotokoll sei hervorgehoben: Hochgradige Blutüberfüllung der Schleimhaut der Luftwege, akutes Oedem beider Lungen, Stauungshyperämie ohne Verdichtung des Lungengewebes, akutes Hirnödem, Blutüberfüllung der im Uebrigen normalen Unterleibsorgane, endlich eine auffallend

dunkle Färbung des Blutes; daneben eine ausgedehnte bindegewebige Verwachsung der linken Lunge mit dem Brustkorbe. Offenbar hat diese letztere und die dadurch bedingte verminderte Exkursions- und Ventilationsfähigkeit der Lunge das Zustandekommen der Vergiftung und den letalen Ausgang begünstigt; denn dass von dem schädlichen Gas nur sehr wenig einwirken konnte, geht daraus hervor, dass zwei gleichzeitig mit derselben Arbeit beschäftigte Arbeiter keinerlei Vergiftungserscheinungen zeigten.

K. Kronthal.

Manicatide, Etude sur la rate chez les enfants tuberculenx. Revue mens. des mal. de l'enf. 1896, No. 88.

Verf. hat bei 12 tuberkulösen Kindern folgendes Verhalten der Milz festgestellt: 10mal fand sich Tuberkulose der Milz und in 8 dieser Fälle war dieselbe schon makroskopisch bei genauerer Untersuchung zu erkennen, in den 2 übrigen Fällen zeigte die makroskopische Untersuchung sehr ausgedehnte Tuberkulose der Milz neben allgemeiner Tuberkulose, in anderen aber neben einer sonst wenig ausgedehnten Erkrankung. Tuberkulose der Milz ist also viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt. In allen untersuchten Fällen war die Milz vergrössert, selbst wenn die Tuberkulose sich nur sehr langsam entwickelt hatte. — Wenn der Verlauf der Tuberkulose ein schneller ist, herrschen in der Milz die grauen, durchscheinenden Knötchen vor und das Organ ist kongestionirt; bei langsamer Entwicklung der Tuberkulose und bei älteren Kindern findet man käsige Herde und die Milz selbst ist cirrhotisch. Im Allgemeinen ist die Zahl der Bacillen nicht sehr gross. Die Entwicklung der Tuberkel geschieht nicht immer — wie BEZANÇON behauptet — im Innern der Malpighi'schen Körperchen, sondern häufig auch in der Pulpa, dem interstitiellen Gewebe, um die Venen herum und in der Kapsel der Milz. Ein Verschwinden der Malpighi'schen Körperchen konnte Verf. auch in den Fällen, wo die Tuberkel äusserst zahlreich waren, nicht feststellen, fand im Gegenteil in einigen Fällen die Zahl und Grösse der Malpighi'schen Körperchen vermehrt. Stadthagen.

R. Friedländer, Experimentelle Untersuchung über die Wirkung des konstanten Stromes bei traumatischer peripherischer Lähmung. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 26.

Verf. durchschnitt einem Hunde beide Nn. ischiadici an genau korrespondirender Stelle und begann zwei Tage nach der Operation mit der Galvanisation des linken Hinterbeins. Die Anode (45 qcm) wurde längs des Ischiadicus auf die Hinterfläche des Oberschenkels, die ebenso grosse Kathode längs der Vorderfläche aufgesetzt; Stromstärke 5 M.-A.; tägliche Sitzungen. Das rechte Bein wurde nicht behandelt.

Nach 4 Wochen waren die Bewegungen links fast normal; das rechte Bein war viel ungeschickter, seine Muskeln erheblich dünner, als die linken: an der Dorsalfläche der Zehen des rechten Hinterfusses bestehen links nicht vorhandene Hautdefekte.

Der Versuch scheint dafür zu sprechen, dass die Regeneration der Nerven bei traumatischer Lähmung unter dem Einfluss der galvanischen

Behandlung schneller als ohne diese erfolgt und dass der Eintritt der Atrophie in solchen Fällen durch rechtzeitige elektrische Behandlung hintangehalten werden kann. Jedenfalls trat nach jeder Sitzung eine unmittelbare Wirkung auf die Besserung der Motilität ein. Bernhardt.

O. Thiele, Zur Prognose der akuten hämorrhagischen Encephalitis. Charité-Annalen 1895. XX. Jahrg.

Th. berichtet über zwei einschlägige Fälle. Im ersteren bestanden im Anschluss an eine Influenza heftiger Kopf- und Genickschmerz, Andeutung von Nackenstarre, Somnolenz, Jactation, beiderseitige Neuritis optica, häufiges Erbrechen, Pulsverlangsamung; der Verlauf war, abgesehen von anfänglichen Schüttelfrösten, fieberfrei und nach ca. 4 Wochen trat völlige Heilung ein.

Im zweiten Falle traten nach einem psychischen Trauma im Puerperium nacheinander auf: Erbrechen, Fieber, Bewusstseinstrübung, Parese des rechten Armes und des rechten Beines, Parese des rechten N. facialis (Mundzweige), Andeutung von Nackenstarre, Pulsbeschleunigung, Neuritis optica etc.; nach 2—3 Wochen trat völlige Heilung ein.

Diese Fälle sprechen für die günstige Prognose der akuten Encephalitis trotz des vorübergehenden Comas, Fiebers etc.

S. Kalischer.

R. Leimbach, Statistisches zur Symptomatologie der Tabes dorsalis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. VII. (5/6.)

400 Fälle, aus der Erb'schen Praxis stammende Krankengeschichten, dienten den statistischen Untersuchungen des Verf.'s als Grundlage.

Das Romberg'sche Zeichen bestand in 88,75 pCt., lancirende Schmerzen in 88,25 pCt., veränderte Pupillenreaktion in 70,25 pCt., Westphal'sches Zeichen in 92 pCt, Ataxie in 74,75 pCt., Schwäche und Ermüdbarkeit der Beine in 62,25 pCt., Störungen der Potenz in 58,25 pCt. u. s. w. Bei einer Dauer von 1—2 Jahren war in allen Fällen das Westphal'sche Zeichen vorhanden, das Romberg'sche Symptom in 80 pCt., das Argyll-Robertson'sche in 63 pCt. Näheres siehe in der Originalarbeit.

M. Brasch.

---

v. Bechterew, Ueber die willkürliche Erweiterung der Pupille. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. VII. (5/6.)

Eine 37jährige Neurasthenica war im stande, ihre rechte Pupille willkürlich zu erweitern, wobei ein gewisser, auf das Auge gerichteter, aber nicht näher definirter Impuls genügte. Dabei empfand sie ein Spannungs- und Schmerzgefühl im Auge und hatte die Empfindung, als ob der Bulbus etwas hervorträte, die Erweiterung war eine maximale. Mehrfaches Blinzeln genügte, um die Verengerung auf das gewöhnliche Maass zu stande zu bringen. Vor der Menstruation erweiterte sich die Pupille spontan. Irgend welche sonstigen Anomalien (Pupillen, Accommodation etc.) an den Augen fehlten. Der Verf. glaubt, dass die Pat. durch willkürliche Innervation des Sympathicus diese Erweiterung zu stande brachte. Bei Tieren sind in

der Nähe der psychomotorischen Centren solche Pupillenfasern von ihm nachgewiesen worden. Das sympathische System der Pat. befand sich in einem Zustande erhöhter Erregbarkeit, vielleicht war durch polypöse Wucherungen in der rechten Nasenhöhle der Trigeminus, welcher jene sympathischen Fasern führt, besonders stark gereizt. M. Brasch.

R. Savor, Cystitis crouposa bei saurem Harn. (Aus der Klinik des Prof. Chrobak in Wien.) Wien. klin. Wochenschr. 1895, No. 44.

Bei einer 58jährigen Frau erfuhren nach der wegen einer Tubo-ovarialcyste vorgenommenen Laparotomie schon vorher vorhanden gewesene cystitische Erscheinungen eine akute fieberhafte Steigerung und es entleerten sich mit dem Urin eine Woche lang croupöse Membranen, die aus einem Fibrinnetz mit reichlich eingelagerten Eiterkörperchen bestanden. Der Harn reagirte dabei stets sauer, nur einmal ganz vorübergehend, offenbar infolge seines hohen Eitergehaltes, leicht alkalisch, niemals aber ammoniakalisch. Er enthielt in Reinkultur das Bacterium coli, welches auch in Schnitten leicht nachzuweisen war.

Der Fall zeigt von neuem, dass zur Entstehung der Cystitis eine Dekomposition des Urins nicht notwendig ist; die croupöse Entzündung war hier zweifellos durch das Bacterium coli bedingt, dem überhaupt harnstoffzersetzende Eigenschaften in nennenswertem Grade nicht zukommen.

H. Müller.

L. Heusner, Beitrag zur Behandlung der Hyperhidrosis. Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 44.

Nach einer kritischen Besprechung der bisher gebrauchten Mittel empfiehlt H. eine Auflösung von 1 pCt. Peruhalsam, 5 pCt. Acid. formicicum und 5 pCt. Chloralhydrat in Alkohol, welche bei örtlichen Schweissen mittelst Wattebausches, bei allgemeiner Hyperhidrosis mittelst eines Zerstäubers angewandt wird. Bei sehr hartnäckigen lokalen Schweissen kann man auch den Gehalt der einzelnen Bestandteile verdoppeln oder, wodurch eine noch stärkere Wirkung erzielt wird, 1 pCt. Trichloressigsäure hinzusetzen. Da die Ursache der Hypersekretion in der Regel nicht zu beseitigen ist, muss während der Dauer des Uebels die Applikation stets, wenn auch allmählich weniger häufig, wiederholt werden. Bei den allgemeinen Schweissen der Phthisiker und anderer Kranker gelingt es meist durch täglich 1—2mal wiederholte Bestäubung mit einer Lösung von 5 pCt. Ameisensäure und 1 pCt. Peruhalsam, ohne andere Zuthaten, eine Besserung zu erreichen; auch bei lokalen Schweissen reicht sie manchmal aus.

H. Müller.

F. P. Weber, Syphilis and lardaceous disease. Americ. journ. of the med. scienc. 1895, Nov.

Verf. ist überzeugt, dass die zu supponirenden spezifischen Bakterien der Syphilis auch die tertiären Eruptionen dieser Krankheit veranlassen und in ihnen enthalten sein müssen. Hierfür scheint ihm u. A. der Umstand zu sprechen, dass bisweilen die unmittelbare Umgebung visceraler

Gnmmen amyloide Entartung aufweist. Eine solche werde, wie jüngst Krawkow gezeigt habe, in der Regel durch die Anfnahme von Stoffwechselprodukten pyogener Bakterien ins Blut hervorgerufen; da nun aber beim Menschen ausser Eiterungsprozessen wohl nur die Syphilis amyloide Degeneration veranlasse, so liege die Annahme nahe, dass diese auch in den erwähnten Fällen auf Bakterien, und zwar die spezifischen Syphilisbakterien, deren Produkte zunächst in die Umgebnng des Gnmma gelangen, zurückzuführen sei. — Anch die Erfahrung, dass bisweilen von 10 oder 15 Jahre früher inficirten Eltern syphilitische Nachkommen erzengt, oder dass nach einer Reihe gesunder wieder kranke Kinder geboren werden, lasse sich am besten so erklären, dass nach Ablauf der sekundären Periode Bakterien zurückgeblieben sind, die für gewöhnlich ruhig in den Geweben liegen, gelegentlich aber wieder in die Cirkulation gelangen.

H. Müller.

P. G. Unna, Ueber Pnrpnra senilis. (Vortrag, geh. in der Abteilnng für Dermatol. der 67. Versammlg. deutscher Natnrf. u. Aerzte zu Lübeck.) Dentsche Med.-Ztg. 1895, No. 82.

U. hat 6 Fälle der zuerst von Bateman als selbständige Krankheit beschriebenen, von den späteren Autoren meist mit anderen Hautblntungen zusammengeworfenen Purpura senilis beobachtet. Es handelte sich durchweg um hochbetagte Franen, bei denen ansschliesslich an den Vorderarmen, nur einmal auch an den Unterschenkeln, immer wiederkehrende groschen- bis markstückgrosse, braun- oder blauschwarze, auf Fingerdruck nicht abblassende Flecke auftraten. Die in 4 Fällen vorgenommene histologische Untersnchnng zeigte, wie nach dem klinischen Bilde zu erwarten war, eine mehr oder weniger hochgradige senile Atrophie und Degeneration („Verwitterung") der Hant und ergab ferner, dass die tiefdunkle Farbe der Flecke anf dem gleichzeitigen Vorhandensein von frischen Ecchymosen und alten Pigmentresidnen in Epithel und Cutis beruhte, welches durch die periodisch sich an derselben Region immer wiederholenden, wie es scheint, hauptsächlich per diapedesin zu stande kommenden Blutaustritte genügend erklärt wird und diese Art der Purpura von allen anderen unterscheidet. Blntung und Degeneration sind wahrscheinlich Coeffekte derselben Ursache, nämlich der Verwitterung oder sog. Senilität der Haut. H. Müller.

Folet, Grossesse extra-ntérine gémellaire probablement tubaire. Rétention pendant 15 ans d'un foetus mort à terme. Laparotomie. Exstirpation dn sac et de son contenu. Guérson. Annal. de gynéc. 1896, Mars.

Bei einer 49jährigen Frau fand Verf. den Leib von einem sehr harten, gleichmässig ebenen, ziemlich beweglichen Tumor erfüllt, der bis 4 Qnerfinger über den Nabel reichte. Auf Druck keinerlei Schmerz. Bewegungen des Tumors übertragen sich auf den Uterus, dieser ist 5 cm lang, die Portio kurz und nach rechts verlagert. Eine Anamnese war z. Z. aus der stupiden Frau nicht aufzunehmen. — Diagnose: Fibrom mit Kalkeinlagerungen. Therapie: Abdominale Hysterectomie nach Doyen. — Bei der Laparotomie fand man einen Sack von Eiform mit dicken Wandungen, in

demselben deutlich Knoten zu fühlen. Die Diagnose wird auf extrauterine Schwangerschaft gestellt. Der Sack ist überall ziemlich frisch verwachsen. Bei der Auslösung reisst der hintere Teil des Sackes ab. Es fand sich keinerlei Flüssigkeit darin; der Sack lag dem Fötus fest an. Der Sackstumpf wurde in den unteren Wundwinkel eingenäht und drainirt. Der Verlauf war fieberlos, tadellose Heilung.

Späteres Befragen der Patientin ergab, dass der Tumor seit 15 Jahren bestand.

Der Sack zeigt die Struktur der Tube. Der eine Fötus ist ausgetragen und misst 46 cm Länge; Muskelstruktur u. s. w. gut erhalten. Der zweite Fötus ist etwa 3 Monate alt und platt gedrückt.

Beide Föten haben eine gemeinschaftliche Placenta, die jetzt wie roter Zunder aussieht und deutlich Placentastruktur zeigt. A. Martin.

G. Lepage et **P. Bar,** De la symphyséotomie. Annal. de gynécol. 1896, Mars.

Verf. berichtet über 6 Fälle von engem Becken, wo die Symphyseotomie mit gutem Erfolge ohne Nachteile ausgeführt wurde.

Alle 6 Frauen waren Mehrgebärende und hatten bis auf 3 künstliche Entbindungen überstanden. Eine einzige Frau stand vor der Operation in klinischer Behandlung, die übrigen kamen erschöpft ins Krankenhaus. Der Schnitt wurde 5mal senkrecht mitten über der Symphyse gemacht, einmal wagerecht unter der Symphyse in der alten Narbe einer früheren Symphysiotomie.

In 3 Fällen wurde die Geburt nach der Operation mit der Zange vollendet; 2mal waren dabei Zerreissungen der Scheide eingetreten. 1mal wurde die Wendung auf den Fuss ausgeführt. 2mal wurde die Geburt spontan vollendet; den spontanen Verlauf der Geburt hält Verf. nur für möglich, wenn die Operation möglichst früh, zur Zeit, wo der Uterus sich noch kräftig kontrahirt, ausgeführt wird. In zwei Fällen traten stärkere Blutungen auf, die auf Tamponade und nach schneller Extraktion des Kindes standen. Die 6 Fälle sind günstig für die Kinder und ohne Schaden für die Mütter verlaufen. Verf. kann nicht umhin, die Symphyseotomie zu empfehlen. A. Martin.

Ullmann, Eine Dermoidcyste des linken Ovariums von seltener Grösse. Entfernung durch Laparotomie. Heilung. Wiener medic. Presse 1895, No. 38.

Die von Hofmokl exstirpirte Cyste wog 16 kg; sie sellte eine Kombination von Dermoidcyste und multiloknlärem, glandulärem Ovarialkystom vor. Der Inhalt der Cyste war auf Rechnung des Dermoids zu setzen, während das abnorme Grössenwachstum dem glandnlären Kystom zuzuschreiben war. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 20. Februar. No. 8.

Inhalt: Korolew, Ueber den Ursprung und die Bedeutung der Ganglienzellen bei der Regeneration verletzter Nerven. (Orig.-Mitteilung. Schluss.)

Müller, Ueber die serösen Speicheldrüsen. — Latschenberger, Schicksal der Blutkörperchen im Blut. — Krawkow, Ueber die Kohlehydratgruppe im Eiweissmolekül. — Ritthausen, Ueber Leucinimid, ein Spaltungsprodukt der Eiweisskörper. — Schmilinsky, Zur Lehre von den Magenmykosen. — Rydygier, Hahn, Bond, Zur Chirurgie der Milz. — Lehmann, Fall von puerperaler Amaurose. — Alt, Ueber Mumpstaubheit. — Stoerk, Ueber Cocaïnanästhesie. — Runge u. Trautenroth, Smegma- und Tuberkelbacillen. — Dürk, Mischinfektion einer lebensfähigen Frucht. — Schüle, Einhorn, Ueber Sekretion, Motilität und anatomische Veränderungen des Magens. — Zabludowski, Massage bei chronischen Herzkrankheiten. — Lasserre, Ein Fall von Morton'scher Krankheit. — Trömmer, Zur Kenntnis der Sprachstörungen. — Eisenlohr, Zur pathologischen Anatomie der Atheʻose. — Reinhardt, Fall von chronischer Urticaria. — Beck, Ueber Quecksilberexantheme. — Küstner, Sekundäre Verwachsungen an Myomen. — Lorhlein, Ueber die Ausschabung bei ectopischer Schwangerschaft.

Ueber den Ursprung und die Bedeutung der Ganglienzellen bei der Regeneration verletzter Nerven.

Von

E. E. Korolew.

(Histologisches Laboratorium bei der k. militärisch-medizinischen Akademie in St. Petersburg.)

(Schluss.)

II. Centrale Abschnitte der durchschnittenen Nerven.

In den centralen Abschnitten der durchschnittenen Nerven vollziehen sich ebenfalls zum Teil regressive, grösstenteils aber progressive formative Vorgänge.

Zu den ersteren gehören die oben geschilderten Degenerationserscheinungen des Nervenmarkes bis zum Auftreten der Phagocytose inclusive,

welche bei den peripherischen Abschnitten der Nerven stattfinden. Nur übersehreitet die Alteration der Nervenfasern, wie bereits RANVIER richtig bemerkt hat, sehr selten die ersten Sehnürringe derselben und von hier ab wachsen für gewöhnlich die neuen Nervenfasern, resp. Axencylinder aus. Bei den Markveränderungen des centralen Abschnittes giebt es aber noch eine Reihe von Erscheinungen, die volle Aufmerksamkeit verdienen und jetzt dargestellt werden müssen. Sie treten gerade neben dem Sehnürringbezirke und auch in weiteren Abständen von demselben auf und erzeugen Bildungen progressiver Natur.

Besondere Beachtung verdienen die sich bildenden echten Ganglienzellen: sie entwickeln sich in der Ausdehnung der peripherischen Nerven, d. h. weit von den Nervencentren und absolut unabhängig von denselben.

Ueber den Ursprung oder die Entstehung der Nervenzellen an diesen Stellen wissen wir ausser den schon angegebenen Untersuchungen von Prof. M. LAVDOWSKY (l. c. S. 392, 393) fast gar nichts. Die Bedeutung der Elemente und ihre Schicksale bleiben bis zum heutigen Tage für uns dunkel.

Versuchen wir jetzt, auf die Probleme etwas näher einzugehen und die Erscheinungen auf Grund einer möglichst grossen Anzahl von Fällen möglichst genau darzustellen.

Das erste, was ich immer an den centralen Absehnitten gesehen habe, während der Entwicklung der neuen Nerven und sehr oft noch früher, namentlich zu der Zeit, wo die Entwicklung der neuen Axencylinder noch nicht angedeutet war, ist Folgendes:

Innerhalb der Schwann'schen Scheide und mehr oder weniger in der Nähe der Schnürringe bemerkt man, wie die Marksubstanz anschwillt, in Form runder, ovaler oder eckiger Verdickungen der Nervenenden, von welchen die neuen Axencylinder hervorwachsen.

Die Anschwellungen des Markes bestehen aus einem hypertrophischen Protoplasma mit einer Beimischung des alterirten Markes homogener oder körniger Beschaffenheit. Die verschiedenen Reagentien bewiesen uns, dass das Mark chemisch modificirt ist. Es färbt sich durch die Osminmsäure weniger intensiv und nimmt in sich auch mehrere andere Farbstoffe in sehr geringem Maasse auf.

In den so beschaffenen markplasmatischen Verdickungen — Schollen oder Globulis, wie ich sie nenne — der Nervenfasern konnte ich, ganz übereinstimmend mit den Befunden der Proff. S. MAYER und LAVDOWSKY (l. c.), wirkliche Kerne entdecken, und zwar stets und fast in allen Markplasmaschollen.

Die Globuli haben verschiedene Grösse: die kleinsten gleichen den Blutkörperchen, die mittleren den Knorpelzellen und die grossen den Ganglien- oder Riesenzellen. Die kleinen und mittleren Globuli finden sich nicht selten auch an den Rändern der alten und neuen Axencylinder, oder hie und da laufen jene Axencylinder neben den Schollen fort und zeigen hier keine weitere Beziehung zu den Globulis.

Doch glaube ich alle die Schollen als Nervenelemente ansehen zu müssen und erlaube mir, ihnen den Namen Keimnervenzellen beizulegen; denn 1. tragen sie den Habitus der echten Nervenzellen,

2. enthalten sie wirkliche Kerne und 3. bekommen diese oder jene Globuli früher oder später Auswüchse, d. h. einen oder zwei Fortsätze, welche in die wirklichen Nervenaxencylinder übergehen.

Ich sah nämlich an dem 15. bis 30. Tage nach der Operation die Nervenschollen von verschiedener Grösse; sie sind teils einzeln innerhalb der Schwann'schen Scheide eingelagert, teils erscheinen sie reihenweise nebeneinander gruppirt, wie wir es in den kleinen Ganglien immer beobachten können — ein Befund, welcher mich während meiner Beobachtungen besonders erfreute.

Ich vergesse dabei nicht, dass die Regenerationserscheinungen an den Nerven, sowie an manchen anderen Geweben von der Art der Tiere, der Individualität derselben und von dem Alter abhängen. Bei den jüngeren und neugeborenen Hunden hatte Prof. M. Lavdowsky die Ganglienzellen bereits am 11. Tage nach der Operation gesehen.

Es ist mir also gelungen, **künstlich** in den peripherischen Stämmen die Entwicklung der Nervenganglien hervorzurufen, und bringe ich so den Beweis für die Richtigkeit der Entdeckungen von S. Mayer und Lavdowsky — welche Beobachter zuerst die echten Nervenzellen in den durchschnittenen und sodann verwachsenen Nerven gesehen und abgebildet haben.

Da wir andererseits aus den embryologischen Untersuchungen von W. His und Anderen wissen, dass die Nervenfasern immer einen centralen, d. h. gangliösen Ursprung haben und sich (in den Gehirn- und Rückenmarksganglien) aus den Keimnervenzellen (His'schen Neuroblasten) entwickeln (indem die letzteren aus sich die Nervenfortsätze erzeugen, welche sich später eben in die Nervenfasern verwandeln), so ist es begreiflich, dass meine hier skizzirten Beobachtungen ebenfalls gut mit den Angaben der Embryologen harmoniren.

In vollkommen entwickeltem Zustande haben alle die von Lavdowsky und mir gesehenen und in den voranstehenden Zeilen besprochenen Nervenelemente einen ziemlich grossen, durchsichtigen Zellkörper von körniger Beschaffenheit; sie tragen ferner einen wiederum grossen, doppelcontourirten Kern (ganz ähnlich den Kernen gewisser Ganglienzellen) mit den Kernkörperchen und dicke Fortsätze (die Nervenfortsätze), **also sie haben alle die Eigentümlichkeiten, welche die fertigen Nervenzellen charakterisiren.**

Nun fragt es sich, wozu in den verletzten Nervenstämmen die Ganglienzellen sich entwickeln und was ihre Bedeutung und ihr Schicksal während der Regeneration der Nerven ist? Sind sie nur ein Spiel der Natur oder vielleicht die Reste der embryonalen Entwicklung, welche nach der Durchschneidung der Nerven den neuen Anstoss zu weiterer Entwicklung erhielten?

Die Antwort auf alle diese Fragen geben mir die Objekte der schonend zerzupften Nervenfasern, welche mir zeigten, dass die in Rede stehenden Nervenzellen nur vorübergehender Natur sind: sie verkleinern sich in späteren Stadien mehr und mehr, indem die neuen Axencylinder des centralen Abschnittes eben auf Kosten der Zellsubstanz dieser bis jetzt so rätselhaft gebliebenen Nervenelemente sich allmählich entwickeln und so

Digitized by Google

die Nervenzellsubstanz der Ganglienkörper mehr und mehr verbrauchen. Je weiter die Vorgänge der Nervenregeneration fortschreiten, desto mehr verbrauchen sich jene Ganglienzellen, und somit bleiben auf dem Wege der Nerven die Kerne der Elemente allein mit einem Rest von Protoplasma übrig, welche nun als bekannte „Kerne der Nervenfasern" erscheinen.

Ich denke mit M. Lavdowsky, dass alle diese Fasern jene Nerven der markhaltigen Stämme sind, welche wir schon lange unter dem Namen „marklose oder Remak'scho Nervenfasern" kennen. Ich schliesse aber nicht die Möglichkeit aus, dass sich auch ein kleiner Teil der neuen markhaltigen Nerven vielleicht auf Kosten der neugebildeten Ganglienzellen entwickeln kann.

Meine Arbeit nebst den zugehörigen Abbildungen werde ich später in einer anderen Zeitschrift ausführlich veröffentlichen.

E. Müller, Drüsenstudien. I. Die serösen Speicheldrüsen. Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abteil. 1896, S. 305.

Verf. untersuchte die serösen Speicheldrüsen von Mensch, Katze, Hund und Kaninchen nach Fixirung in Sublimatlösung und Färbung mit Eisenhämatoxylinrubin. Die im Ganzen übereinstimmenden Resultate stellen sich am typischsten an der Submaxillaris des Kaninchens dar. Man nimmt in jedem Schnitt stärker und schwächer gefärbte Drüsentubuli wahr. Die dunkeln zeigen Zellen, welche mit einer sehr grossen Menge intensiv gefärbter Körnchen vollgestopft sind, zwischen denen man bisweilen, wenn sie weiter auseinander liegen, ein schwach gefärbtes Gerüstwerk erkennen kann. Die Zellen der hellen Tubuli zeigen ein feines, gefärbtes Balkenwerk, das sehr regelmässige runde Maschen aufweist. Letztere sind nur der Ausdruck für runde, ungefärbte Granula. (Da ihre Fixirung schwierig ist, sind sie als solche nicht immer zu erkennen.) Auch im intergranulären Gerüstwerk sieht man kleinste, aber gefärbte Granula. Vf. bestätigt also die von Altmann für die Speicheldrüsen beschriebenen Verhältnisse, hält jedoch diese Granula nicht für Elementarorganismen im Sinne Altmann's, sondern für „Elementarorgane" (Flemming).

Aus Uebergangsbildern zwischen den beiden beschriebenen Zellarten, sowie daraus, dass die Drüse nach starker Reizung nur helle Tubuli erkennen lässt, scheint der Schluss gerechtfertigt, dass es sich nicht um Zellarten verschiedener Natur, d. h. um Zellen, welche verschiedene Stoffe sezerniren, handelt, wie dies Krause für die Speicheldrüsen des Igels behauptet hatte, sondern um verschiedene Funktionszustände derselben Zellart, so dass die dunkeln Zellen die Vorstufe der hellen darstellen. Die in den hellen Zellen befindlichen ungefärbten Körner gehen dann weiterhin in Sekretvakuolen über, das fertig gebildete Sekret wird darauf in die Sekretcapillaren und in die Drüsentubuli ausgestossen. Verf. stellt hierbei eine früher ausgesprochene Behauptung dahin richtig, dass die Sekretcapillaren stets intercellulär liegen. Gegenteilige Bilder beruhen auf Schrägschnitten oder Flächenbildern solcher Gänge. Die nach Ausstossung des Sekrets verbrauchten Körner werden aus den kleinen gefärbten Granulis des Netzwerkes regenerirt.

Dass es sich bei diesen Körnern nicht um Kunstprodukte (Fällungen und Gerinnsel im Sinne Fischer's) handelt, lehrt die Betrachtung ungefärbter, sehr dünner und frischer Schnitte; hierbei entsprechen die dunkeln Zellen denjenigen mit leicht färbbaren Körnern, die hellen den die Farbe schwer aufnehmenden Zellen. Zusatz von concentrirter Sublimatlösung ruft in den Schnitten keine Niederschläge hervor, sondern erhält die Struktur in den dunkeln Zellen unverändert, während in den hellen Zellen die Körner undeutlicher werden und dafür das Netzwerk mehr hervortritt.

Die Parotis zeigt sehr ähnliche Verhältnisse, indem die ganze Drüse in der Ruhe den gefärbten (dunkeln), in gereiztem Zustande den schwer färbbaren (hellen) Zellen der Submaxillaris entspricht. Also wechseln bei der Parotis regelmässige Phasen von Thätigkeit und Ruhe miteinander ab, während die Submaxillaris in stetiger Thätigkeit (allerdings die einzelnen Teile zu verschiedenen Zeiten) sich befindet.

Bei sehr stark forcirter Thätigkeit sieht man in manchen Zellen helle grosse Vakuolen, die sich dann in das Drüsenlumen entleeren. Sie entstehen dadurch, dass eine Anzahl färbbarer Granula zu Klumpen zusammentreten, sich dann in ungefärbte Substanz und schliesslich in Sekret verwandeln. Brübl.

J. Latschenberger, Das physiologische Schicksal der Blutkörperchen des Hämoglobinblutes. Wiener akad. Sitzungsber. CV. Abteil. III. S. 81.

Schon früher hat Verf., als im normalen Blute des Menschen und der Wirbeltiere vorkommend, Elemente beschrieben, schollenartige Gebilde von wechselnder Grösse und Form, farbige und farblose, die er als „Pigmentschollen" und farblose Schollen bezeichnet. Solche Gebilde kann man sich nach mehreren Methoden zur Anschauung bringen, am leichtesten durch Absitzenlassen von (durch Zusatz von Natriumoxalat) flüssig erhaltenem Blute oder durch Absitzenlassen von durch Kälte am Gerinnen gehindertem Pferdeblut, oder durch Auslaugen von durch Schlagen gewonnenem Blut mit Wasser und Zerzupfen des Fibrins in Glycerin, oder durch ebensolche Behandlung von Blutknochenflöckchen; in jedem kleinsten Fibrinflöckchen finden sich mehrere Pigmentschollen. Letztere in der Grösse etwa zwischen 7 und 76 μ schwankend, bald kreisrunde Scheibchen, bald kantige und zackige Gebilde darstellend, hellgelb, gelbrot, dunkelbraun oder schwarz gefärbt, selten kleine gelbe oder rote Kryställchen unter Blutkörperchengrösse bildend; von den lichtgelben Schollen abgesehen, gaben die meisten intensive Eisenreaktion (mit Ferrocyankalium und verdünnter Salzsäure), die dunkelbraunen auch deutlich die Gmelin'sche Gallenfarbstoffreaktion. Die Präexistenz der Schollen wird durch ihre Beobachtung im lebenden kreisenden Blute gewährleistet; über die für diesen Zweck vom Verf. angegebene Methode vergl. Orig.

Die Pigmentschollen sind ein physiologischer Bestandteil des kreisenden lebenden Hämoglobinblutes. Sie stimmen auch vollständig mit denen überein, welche nach subkutaner Injektion von Blutkörperchen oder Blut vom Verf. loco gefunden worden sind. Auch unter physiologischen Bedingungen wird das Hämoglobin in eisenfreie, gallenfarbstoffartige Pigmente (Verf.'s Choleglobin) und eisenhaltige (Neumann's Hämosiderin) gespalten.

Dieselben Pigmentschollen, wie im Blute, finden sich auch in der Milz und im roten Knochenmark, also in Organen, welche zur Zerstörung und Neubildung der roten Blutkörperchen in Beziehung stehen. Verf. stellt sich vor, dass in den Lacunen der Milz und des Knochenmarkes die vom kreisenden Blute fortgeschwemmten Pigmentschollen abfiltrirt und event. zum Aufbau neuer roter Blutkörperchen verwendet werden.

Neben den Pigmentschollen stösst man auf „farblose" und auf „gemischte Schollen", d. h. solche, welche aus einem farbigen und einem farblosen Teile bestehen. Die farbigen sind von ähnlichen Formen wie die Pigmentschollen. Aus Befunden, welche aus einer Reihe von Uebergangsbildern zwischen einzelnen Leukocyten sowohl, als auch von Conglomeraten derselben zu farblosen Schollen bestehen, geht hervor, dass die farblosen Schollen aus den Leukocyten hervorgehen. Aber auch die Blutplättchen scheinen an der Bildung der farblosen Schollen beteiligt zu sein. Auch die Leukocyten büssen allmählich im kreisenden Blute ihre Lebensfähigkeit ein, werden zu (farblosen) Schollen, von denen zunächst ein Nucleoalbumin in Lösung geht; der Rest wird schliesslich in den Lacunen des Knochenmarks und der Milz wie alle Schollen abfiltrirt und von den Zellen dieser Organe zum Aufbau roter Blutkörperchen verwendet.

Das Schlussresultat der interessanten Untersuchung lässt sich dahin zusammenfassen: Das physiologische Schicksal aller zelligen Gebilde des Blutes, der roten Blutkörperchen, der weissen Blutzellen und der Blutplättchen ist der allmähliche Uebergang in starre Schollen bei gleichzeitigem Verluste der Lebensfähigkeit, die allmähliche Lösung der Substanzen derselben und schliesslich das Abfiltriren der Schollenreste durch Milz und rotes Knochenmark, welche sie zum Aufbau neuer roter Blutkörperchen verwenden. I. Munk.

N. Krawkow, Ueber die Kohlehydratgruppe im Eiweissmolecül. (Aus dem chem. Laboratorium d. patholog. Instituts zu Berlin.) Pflüger's Archiv. Bd. 65. S. 281.

Vf. hat die Angaben von PAVY, dass man aus Eiweiss durch Kochen mit Säuren Zucker abspalten kann, resp. eine Substanz, welche Fehling'sche Lösung reducirt und ein Phenylhydrazinderivat liefert, einer genauen Nachprüfung unterworfen, und zwar zunächst an Eieralbumin. Dasselbe wurde aus verdünntem filtrirten Albumen durch Kochen ausgefällt und sorgfältig durch anhaltendes Waschen und Verreiben mit Wasser vom präformirten Traubenzucker und anhaftenden Ovomucoïd befreit. Kocht man dieses coagulirte Albumin auch nur kurze Zeit mit 3—5proc. Salzsäure, so erhält man eine Kupferoxyd bei alkalischer Reaktion reducirende Lösung. Neutralisirt man die salzsaure Lösung und erhitzt 1 Stunde lang mit essigsaurem Phenylhydrazin, so scheidet sich ein krystallischer gelber Niederschlag aus, welcher äusserlich vollkommen dem Phenylglucosazon gleicht und von PAVY auch für solches erklärt wird, obwohl der Schmelzpunkt etwas niedriger liegt. Dem Verf. gelang es nicht, sich von der Identität zu überzeugen: auch nach 3—4maligem Umkrystallisiren schmolz dieses Osazon bei 183—185°, der Schmelzpunkt änderte sich auch bei wiederholtem Umkrystallisiren nicht. Die Quantität dieses Osazons war stets so

gering, dass nicht genug Material für Elementaranalysen gesammelt werden konnte.

Ausser dem Eieralbumin wurde noch eine Reihe anderer Eiweisskörper auf die Möglichkeit, eine Kohlehydratgruppe aus ihnen abzuspalten, untersucht, und zwar stets nach den beiden Richtungen: der Trommer'schen Probe und der Bildung eines Osazons. Positiv fielen die Versuche aus bei Acidalbumin, Fibrin, Albumin aus Rinderblutserum, Serumglobulin, Lactalbumin, Erbsencaseïn, negativ bei Alkalialbuminat, Lactalbumin, Gelatine, Vitellin, Mucoïd, Nucleoalbumin aus Erbsen. Nur bei zweien dieser Eiweisskörper, nämlich dem Fibrin und Serumalbumin, wurde soviel Osazon erhalten, dass der Schmelzpunkt festgestellt werden konnte. Das Osazon aus Fibrin schmolz bei 182—184°, das Osazon aus Albumin bei 183 bis 185°. Die Versuche, eine reducirende, osazongebende Substanz aus Eiweiss durch Pepsinverdauung, Trypsinverdauung, Erhitzen mit Wasser bei 130 bis 140° zu erhalten, verliefen negativ. In keinem Falle gab die aus Eiweisskörpern erhaltene salzsaure Lösung Pentose-Reaktion.

Bezüglich der Art der Bildung der Kohlehydratgruppe im Eiweissmaterial hat Vf. eine wichtige Beobachtung gemacht. Kocht man das gereinigte Eieralbumin ca. 2 Stunden mit 3—5proc. Salzsäure, so bleibt ein Rest ungelöst. Filtrirt man denselben ab, wäscht ihn gut aus und kocht ihn auf's Neue mit Salzsäure, so giebt nunmehr die so erhaltene Flüssigkeit kein Osazon mehr. Es scheint danach, als ob dem Eiweiss nur eine osazonbildende Moleculgruppe anhängt, welche in manchen Eiweissarten fehlt. E. Salkowski.

N. Ritthausen, Ueber Leucinimid, ein Spaltungsprodukt der Eiweisskörper mit Salzsäure. Ber. d. d. chem. Ges. Bd. 29. S. 2109.

Auf Veranlassung von Ritthausen hat R. Cohn ein Präparat von Leucinimid, welches als Spaltungsprodukt der Eiweisskörper lange bekannt ist, mit dem Pyridinderivat C_5H_7NO verglichen, welches Cohn aus Caseïn erhalten hat. Es hat sich dabei herausgestellt, dass das sogenannte Leucinimid mit dem Pyridinderivat übereinstimmt, nur noch nicht ganz rein ist. E. Salkowski.

H. Schmilinsky, Ein Beitrag zur Lehre von den Magenmykosen. Jahrb. der Hamb. Staatskrankenanst. IV. 1893/94. S. 388.

Verf. berichtet zunächst über einen Fall von primärem Anthrax des Magens. Der 19jährige Patient ging in 4 Tagen zu Grunde, ohne dass eine sichere Diagnose gestellt werden konnte. Die Sektion zeigte Schwellung und hämorrhagische Infiltration der Bronchial- und Mesenterialdrüsen. Der Magen ergab Schwellung der gesamten Schleimhaut, in derselben eine grosse Zahl schwarzroter prominirender Herde, an der Pars pylorica eine Reihe von Erosionen. Im Coecum besteht eine linsengrosse, schwarzrote Prominenz. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung der Drüsen und der Magenherde ergab Reinkulturen von Milzbrandbacillen; in der Mucosa des Magens und den angrenzenden Schichten liegen dieselben in den die Drüsen umspinnenden Lymphgefässchen. An der Oberfläche

Digitized by Google

der nekrotischen Herde liegen Streptokokkenhaufen. An den die Mucosa betreffenden Magenerosionen fehlen Milzbrandbacillen vollständig.

Alsdann wird ein Fall von Streptokokkeninvasion des Magens im Anschluss an eine Allgemeininfektion des Körpers nach Scharlach und Diphtherie bei einem 5jährigen Kinde berichtet. Die Streptokokken haben sich zunächst in der Submucosa angesiedelt und sind dann in die Mucosa eingewandert, also umgekehrt wie in Fall 1. Es haben sich im Magen linsengrosse, schmutzig-grauweisse Herde gebildet. Die Streptokokken liegen teils in den erweiterten Lymphgefässen, teils frei im Gewebe.

Der dritte Fall endlich betrifft ein einmonatliches atrophisches Kind, bei dessen Sektion am Pylorus eine Gruppe stecknadelkopfgrosser weisser Prominenzen mit gerötetcr Umgebung gefunden wurden. Aus der Nabelarterie lässt sich etwas Eiter ausdrücken. Die mikroskopische Untersuchung der Magenherde ergiebt eine nekrotische Masse mit starker Anhäufung Bacterium coli-ähnlicher Bacillen, die teils frei im Gewebe, teils in der Wand von Arterienästchen liegen. Möglicherweise ist das durch Abstossen des Nabelschnurrestes entstehende Geschwür durch Bacterium coli-haltigen Kot inficirt worden. Durch ein Weiterkriechen der Infektion im perivasculären Gewebe ist es dann zu den Herden im Magen gekommen.

M. Rothmann.

---

1) **Rydygier,** Die Behandlung der Wandermilz durch Splenopexie. Wiener med Wochenschr. 1895, No. 24, und Arch. f. klin. Chir. L. S. 880.

2) **E. Hahn,** Ueber Splenectomie bei Milzechinococcus. (Aus dem städt. allg. Krankenhause am Friedrichshain in Berlin.) Deutsche med. Wochenschrift 1895, No. 28.

3) **C. J. Bond,** Remarks on a case of splenectomy with observations on the condition of the blood before and after the operation. Lancet 1896. May 3. p. 1207.

1) Die bisherigen Ergebnisse der Milzexstirpation bei Wandermilz waren nicht sehr befriedigende. Zwar berechnete Dandolo auf 17 derartige Splenectomien nur † 2; da aber die Fälle idiopathischer Wandermilz von denen mit Milzvergrösserung nicht scharf zu trennen sind, so rechtfertigt sich deren Zusammenfassung durch Vulpius, der unter 40 derartigen Fällen † 13 (32,5 pCt.) fand. Diese Mortalität wird durch Zuzählung von 8 neueren Fällen mit † 2 nur wenig, nämlich auf 31,2 pCt. herabgesetzt. R. hat daher bei einer Pat. mit Wandermilz nach Vorversuchen an Leichen die Splenopexie in der Weise ausgeführt, dass er die Milz in eine durch Ablösung des parietalen Peritonealblattes von der inneren Brustwand gebildete Tasche steckte. Zu diesem Behufe wird die Milz von einem Bauchschnitt in der Linea alba aus reponirt und wieder etwas nach unten verschoben. Darauf wird ein der Breite der Milz entsprechender konvexer Querschnitt in der Gegend der 11., 10. und 9. Rippe durch das Bauchfell geführt und dieses auf stumpfem Wege von seiner Unterlage so weit abgehoben, dass es eine Tasche mit nach unten gekehrtem, etwas abgerundetem Boden darstellt. Dieselbe dient zur Aufnahme des unteren Teiles der Milz und man kann mit einigen Nähten am Grunde

Digitized by Google

das Peritoneum an seine Unterlage festnähen. Den Rand der Tasche vernäht man mit dem Lig. gastro-lienale, auch kann man der grösseren Sicherheit halber die beiden Seitenränder der Milz noch mit einigen Nähten an das Bauchfell befestigen. Die auf diese Weise erfolgte Refixation der Milz liess sich bei der von R. Operirten noch nach 3monatlicher Beobachtungsdauer erweisen.

2) Bei einer 34jähr. Frau hatte sich eine kindskopfgrosse fluctuirende, leicht verschiebliche Geschwulst in der linken Bauchseite entwickelt. Dieselbe hing nicht mit den Geschlechtsorganen zusammen, zeigte kein Nierenballottement und erschien bei Darmaufblähung kleiner. Bei der Operation ergab sich eine besonders nach der konkaven Seite zu entwickelte, von atrophischem Gewebe umgebene Cyste der Milz, deren Behandlung durch Incision und Anheftung angesichts der Möglichkeit einer Blutung oder Zerreissung der dünnen Cystenmembran zu gefährlich erschien, welche daher durch Splenectomie entfernt werden musste. Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. Das am Tage der Operation nur 100 : 1 betragende Verhältnis der roten Blutkörperchen zu den weissen war ca. 4 Monate später = 610 : 1 bei gutem Allgemeinzustand. Trotz der relativen Seltenheit der Milzechinococcen, deren Vorkommen in den einzelnen Statistiken zwischen 0,7 und 4,78 pCt. schwankt, konnte Trinkler doch schon 36 einschlägige Fälle mit † 11 (30 pCt.), darunter 23 Operirte mit † 5 (21,7 pCt.) sammeln. Dagegen boten 7 hierher gehörige Splenectomien (incl. Verf.'s Fall) † 2, welche beide durch Adhäsionen veranlasst waren, zumal da 4 Splenectomien bei Blutcysten, welche ähnliche Bedingungen für die Operation, wie die Milzechinococcen, gewähren, keinen tödlichen Ausgang hatten. Es ist daher bei Milzechinococcen mit geringer Beweglichkeit und zahlreichen Adhäsionen die ein- oder zweizeitige Incision mit oder ohne Laparotomie zu empfehlen. Nach Trinkler hatten 15 derartige Fälle nur † 2, während 22 mit verschiedenen Arten der Punction behandelte Echinococcen der Milz 49 pCt. † boten.

3) Die Entfernung einer im enthluteten Zustande ca. 1 Pfund (engl.) wiegenden hyperplastischen Milz bei einer seit 2 Jahren leidenden Frau bietet chirurgisch nur das Besondere, dass, nachdem gegen Ende der ersten Woche nach der Operation die Temperatur subnormal war, sie einige Tage später auf drei Tage fieberhaft, mit Leberschmerz verbunden, stieg, eine Beobachtung, die Verf. schon nach 2 anderen Splenectomien gemacht. Das Blut zeigte 3 Tage vor der Operation ein Verhältnis der weissen zu den roten Elementen von 1 : 250 bei 50 pCt. Hämoglobin. Eine Woche nach der Operation betrug dieses Verhältnis immer noch 1 : 250 bei 80 pCt. Hämoglobin. Die Zahl der roten Körper hatte vor der Operation 3,000,000 per ccm betragen, war eine Woche nach der Operation auf 6,000,000 gestiegen und fiel dann nach einigen Schwankungen auf 4,120,000 ca. sechs Wochen nach der Operation. Die weissen Körperchen boten eine leichte Vermehrung, das Hämoglobin fiel von 80 auf 70 pCt., in der ersten Operationswoche auf 70 und dann auf 65 pCt. des Normalen.

Sehr eigenartig war die Veränderung der früher bleichen Pat. zu einem blühenden Aussehen nach der Spleuectomie. Unmittelbar nach Heraus-

nahme der Milz untersuchtes Blut zeigte erhebliche Massen körnigen, unregelmässigen Protoplasmas, das, in Grübler's Eosin-Hämatoxylin-Glycerin behandelt, durch die tiefe Hämatoxylinfärbung gegen die Eosinfarbe der roten Körperchen abstach. Diese Massen nahmen mit der Zeit noch zu; bei einem splenectomirten Patienten bestanden diese körnigen Massen noch 4 Monate nach der Operation. Zusammengehalten mit der Vermehrung der roten Blutelemente, sieht Verf. hierin einen Beweis, dass letztere weder ausschliesslich, noch vornehmlich in der Milz gebildet werden.

P. Güterbock.

F. Lehmann, Hemianopsie bei puerperaler Amaurose. Berl. klin. Wochenschrift 1896, No. 51.

Bei einer 27jähr. Erstgebärenden, die während der Schwangerschaft häufig an Kopfschmerzen gelitten hatte, trat 8 Stunden nach der leichten Entbindung zuerst linksseitige Hemianopsie, bald darauf Amaurose ein. Der Urin enthielt wenig Eiweiss, der ophthalmoskopische Befund, sowie die Pupillarreaktion war normal. Nach vier Tagen kehrte das Sehvermögen wieder vollständig zurück. Krämpfe und Bewusstseinsstörungen hatten vollständig gefehlt. Horstmann.

Alt, Ueber Mumpstaubheit. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1896, No. 12.

Ein 12jähriges Mädchen wurde im Verlaufe von Mumps auf beiden Seiten vollständig taub. Unter Anwendung von Jodkalium, Pilocarpin (subkutan) bei gleichzeitigen Hörübungen besserte sich das Gehör so, dass Pat. auf dem einen Ohr Konversationssprache 1 m weit, auf dem andern in 30 cm Entfernung hörte. Schwabach.

Stoerk, Ueber Cocaïnanästhesie. Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 44.

Verf. erläutert die operativen Fortschritte seit Einführung des Cocaïns und bespricht die sich ergebenden Vorteile und Nachteile. Der hauptsächlichste Unterschied bei dem operativen Vorgehen gegen früher ist vor allem der, dass man mit dem Instrument nicht reissen, sondern schneiden muss, da die Kontraktion der Muskulatur im Moment nach dem Anlegen des Instruments jetzt wegfällt. Die Injektion von Cocaïn verwirft Verf., der, ebenso wie Wölfler, Cocaïninjektionen am Schädel für gefährlicher als an entfernteren Körperteilen erklärt. Die Maximaldosis wäre nach Wölfler 0,02. Die zur vollständigen Anästhesirung des Larynx beträgt etwa 1 g einer 20proc. Lösung; für die Nase genügen höchstens 5proc. Lösungen. In 4 Fällen traten Vergiftungserscheinungen auf; epileptiforme Anfälle bei Personen, deren Anamnese nicht ergab, dass sie an solchen leiden; in allen 4 Fällen war die verwendete Menge Cocaïn eine geringe, nur in einem war sie eine etwas grössere; in dreien handelte es sich um Larynxpolypen, im vierten um Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln, wobei von einer 5proc. Lösung nur eine geringe Menge verbraucht wurde.

W. Lublinski.

Digitized by Google

Runge und **Trautenroth**, Smegma- und Tuberkelbacillen. Fortschritte d. Med. 1896, No. 23/24.

Auf Grund ausgedehnter Untersuchungen menschlicher Exkrete und Sekrete sind Verff. zu folgenden Resultaten gekommen:

1. Die Smegmabacillen sind überall da auf der Körperoberfläche anzutreffen, wo sich Hautsekret anbäuft, im äusseren Gehörgang, in der Achselhöhle, in der Inguinalfalte, besonders reichlich in dem Sekret des Präputialsackes und in der Falte zwischen den Labia minora und Labium minus und majus. Wo nun Hautsekrete in die Krankheitsprodukte geraten können, bei Ohreiterungen, tuberkulösen Prozessen in der Mundhöhle, der Nase, an der Haut, besonders bei Tuberkulose des Urogenitalapparates, muss man stets an eine Verwechslung zwischen Smegma- und Tuberkelbacillen denken.

2. Nach dem morphologischen Verhalten sind die beiden Bacillenarten nicht sicher zu unterscheiden. Ausnahmsweise findet man bei vorgeschrittener Urogenitaltuberkulose die Lagerung der Bacillen in zopfförmigen Strängen, wie sie bei Reinkulturen von Tuberkelbacillen die Regel ist. Die Lagerung in Häufchen ist nicht charakteristisch für Tuberkelbacillen, sie kommt auch bei Smegmabacillen vor.

3. Was die Unterschiede in der Färbung betrifft, so ist zunächst zu beachten, dass die Smegmabacillen nicht nur von verschiedener, sondern auch die gleicher Herkunft sich bei der Färbung und Entfärbung sehr verschieden verhalten, indem sie die Farbe bald leichter, bald schwerer wieder abgeben. Von den verschiedenen für die Färbung von Tuberkelbacillen angegebenen Methoden sind zur Differenzirung von den Smegmabacillen unbrauchbar diejenigen, bei welchen nur Säuren zur Entfärbung verwendet werden, ebenso diejenigen Methoden, wo neben Säuren Alkohol in irgend einer Verdünnung zur Entfärbung verwendet wird. Bessere Resultate erhält man, wenn man behufs Entfärbung absoluten oder ziemlich wasserfreien Alkohol mindestens 5 Minuten einwirken lässt. Die einzige Methode, welche Verff. nie im Stich gelassen hat, ist eine Kombination von Alkohol- und Chromsäure-Vorbehandlung. Es werden die Präparate, ohne durch die Flamme gezogen zu sein, für 3 Stunden in absoluten Alkohol gelegt, darauf für mindestens 15 Minuten in 5proc. wässerige Chromsäure gebracht. Die Chromsäure wird sorgfältig in mehrfach gewechseltem Wasser ausgewaschen und darauf wird in gewöhnlicher Weise mit Carbolfuchsin gefärbt. Die Entfärbung wird entweder mit Acid. sulfur. dil. 3 Minuten oder mit Acid. nitr. pur. 1—3 Minuten vorgenommen und mit concentrirter alkoholischer Methylenblaulösung nicht unter 5 Minuten nachgefärbt. Bei diesem Verfahren entfärben sich die Smegmabacillen, während die Tuberkelbacillen noch schön rot gefärbt sind.

Dieses Verfahren haben Verff. bei Sputumpräparaten geprüft. Eine Sonderstellung nehmen die Präparate ein, bei welchen die Bacillen im Urin suspendirt zur Untersuchung gelangen. Einmal verlieren die Smegmabacillen durch den Aufenthalt im Urin, zumal in pathologischem Urin, ihre Resistenz gegen Entfärbungsmittel andererseits können auch Tuberkelbacillen bei Tuberkulose des Harnapparates und gleichzeitiger ammoniakalischer Harngährung empfindlicher gegen Entfärbungsmittel sein. Für die

Urinuntersuchungen, wo also mit Sicherheit durch die Tinktion eine Differenzirung nicht erreicht wird, ist eine Ausschaltung der Smegmabacillen mit ziemlicher Sicherheit durch den Katheterismus nach gründlicher Säuberung des Orificium ext. urethrae zu erzielen. Absolute Sicherheit ist jedoch beim Urin nur durch das Tierexperiment zu erlangen.

H. Bischoff.

H. Dürk, Ueber intrauterine Typhus- und Mischinfektion einer lebensfähigen Frucht. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 36.

Verf. hat aus der Leiche eines Kindes, welches von einer Typhuskranken in der dritten Woche der Krankheit (im 8. Schwangerschaftsmonat) ausgestossen und 9 Stunden nach der Geburt gestorben war, Typhusbacillen und Staphylococcus pyogenes albus gezüchtet. Ob eine Schädigung der Placenta vorgelegen hat, ist nicht eruirt worden. H. Bischoff.

---

1) **A. Schüle,** Untersuchungen über die Sekretion und Motilität des normalen Magens. Zeitschr. f. klin. Med. XXIX. (1/2.) S. 49.

2) **M. Einhorn,** The state of the gastric mucosa in secretory disorders of the stomach. Med. Record 1896, No. 26. Vol. 49.

1) Was den Einfluss des Rohrzuckers auf die Sekretion des normalen Magens betrifft, so hat Sch. auf Grund seiner diesbezüglichen Untersuchungen folgende Sätze aufgestellt:

a) Bei geringen Mengen Rohrzucker (10—30 g) findet keine erkennbare Alteration der Verdauung statt.

b) Mit stärkeren Gaben (50—80 g) verzögert sich das Auftreten der freien HCl, doch ist die Säuresekretion im Ganzen nicht nennenswert gestört, man kann sogar eher an eine gewisse Reizung derselben denken.

c) Grosse Gaben (120 g) stören die Verdauung deutlich. Die Gesammtsäure ist vermindert, das Auftreten der freien stark verspätet. Die Speisen werden schlecht verdaut.

d) Die verdauende Kraft des Magensaftes zeigt keine erkennbare Einbusse, was allerdings mit den am nüchternen Magen gewonnenen Ergebnissen im Widerspruch steht.

e) Die Zuckerresorption und Peptonbildung gehen bei sehr grossen Zuckermengen langsam von statten.

f) Die Verdauungszeit wird durch reichlichen Zuckergenuss deutlich verlängert.

Versuche mit Natron bicarbonicum ergaben, dass es zwar möglich ist, durch Eingabe von alkalischen Substanzen den Säuregehalt des Magensaftes deutlich herabzudrücken, dass es aber nicht gelingt, denselben durch Säurezufuhr in nennenswerter Weise zu erhöhen. Im Gegegenteil ist der Magen geneigt, auf solche Reize mit katarrhalischen Zuständen zu reagiren, wobei jedesmal Subacidität beobachtet wurde.

Was die motorischen Vorgänge des Magens anlangt, so ergaben Sch.'s Untersuchungen folgendes Resultat: Sofort nach Einführung von Flüssigkeiten beginnt der Magen mit der Expulsion derselben. Die Energie dieses Vorganges ist hauptsächlich abhängig von der Temperatur des Getränkes.

Werden feste Substanzen allein genossen, so dauert es geraume Zeit, bis die Entleerung beginnt, und zwar desto länger, je fester die Konsistenz der Ingesta ist. Bringt man Flüssigkeiten und feste Nahrung gleichzeitig in den Magen, so entleert sich meist ein Teil der Flüssigkeit, dann erst folgen die konsistenten Bestandteile. Milch kann unter Umständen (so lange sie nicht geronnen ist) den Magen fast ebenso schnell verlassen, wie Wasser. Dies gilt auch für Hunde mit tiefer sitzender Darmfistel. Eine nennenswerte Resorption findet hierbei nicht statt. Bei Fleischbrei erfolgt die Austreibung manchmal etwa gleichzeitig mit dem Auftreten der freien Salzsäure, doch kann die Expulsion auch früher ihren Anfang nehmen. Zwei Nahrungsmittel verschiedener Qualität können den Pylorus gleichzeitig und gleich schnell verlassen, sofern sie die nämliche Konsistenz besitzen. Unter gewissen Umständen können Nahrungsstoffe im Magen durch dessen Verdauungssäfte vollständig aufgelöst werden.

2) E. hat bei einer grossen Reihe von Magenkranken im Waschwasser nach der Ausheberung gefundene Schleimhautpartikelchen mikroskopisch untersucht und die Befunde mit dem diagnostischen Magenleiden, besonders auch mit den vorgefundenen chemischen Veränderungen in Einklang zu bringen versucht. Die Resultate dieser Untersuchungen fasst er in folgende Schlusssätze zusammen:

1. Die mikroskopische Untersuchung kleiner, im Waschwasser nach der Magenausspülung aufgefundener Magenschleimhautstückchen gestattet keine positive Diagnose.

2. Obgleich man häufig anatomischen Zuständen der Magenschleimhaut begegnet, welche mit den sekretorischen Funktionsstörungen übereinstimmen, so brauchen dennoch letztere nicht durch erstere bedingt zu sein. Vielmehr können die letzteren die ersteren bedingt haben.

C. Rosenthal.

J. Zabludowski, Massage bei chronischen Herzkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 20.

Verf. weist darauf hin, dass Kranke mit insufficientem Herzen nicht selten nach Vornahme von aktiven und Widerstandsbewegungen collabiren. Hier treten häufig mit Vorteil die unter dem Namen der „Massage“ zusammengefassten passiven Bewegungen ein. In erster Linie ist die Massage — neben der Digitalis — bei Herzkrankheiten in solchen Fällen angebracht, wo erfahrungsmässig körperliche Ruhe indicirt ist. Der vorher schnelle und kleine Puls wird nicht selten schon nach einigen Tagen der Massagebehandlung voller und weniger frequent; Herzpalpitationen und Beklemmungen bleiben länger aus; Schlaf und Gemütsstimmung werden besser. Die vom Verf. ausführlich geschilderte Technik erfolgt in Form der sog. „allgemeinen Massage“. Günstige Erfolge sah Verf. bei Neurosen, bei Sklerose der Kranzarterien, Hypertrophien nach Luxuskonsum, bei Herzschwäche nach Influenza, auch in einigen Fällen von Morbus Basedowii.

Perl.

Digitized by Google

G. Lasserre, Note sur un cas de maladie de Morton. Gaz. des hôp. 1897, No. 1.

L.'s Patientin, eine 25jährige Frau, acquirirte ihre Krankheit während der ersten Schwangerschaft im 20. Lebensjahre. Das Leiden, ein Schmerz im Bereich des rechten 4. Metatarsophalangealgelenks, nahm allmählich nach der Entbindung (es wurden Zwillinge geboren) ab, stellte sich bei einer zweiten Schwangerschaft auf's Neue ein und auch nach einer dritten mit dem Unterschiede, dass nun der Schmerz an der entsprechenden Stelle links sass. Der Fall ist noch weiter dadurch merkwürdig, dass auch die Mutter der Kranken, ferner eine jüngere Schwester und ein Bruder an derselben Affektion litten. Der Vater ist gesund, die Mutter nervös und an Gicht leidend. Ein zweijähriges Kind der beschriebenen Kranken zeigte schon Grics im Urin. Bernhardt.

E. Trömmer, Beitrag zur Kenntnis der Störungen der äusseren Sprache, besonders bei multipler Sklerose und Dementia paralytica. Archiv für Psychiatrie etc. XXVIII. (1.)

T. beschreibt in Beziehung auf obiges Thema 2 Fälle von multipler Sklerose, 9 Fälle von Dementia paralytica und einige Beitpiele von bisher selten erwähnten epileptischen Sprachstörungen. Von den Arten sklerotischer Sprachstörungen hebt er folgende hervor: 1. Einfache Verlangsamung. 2. Monotonie und Accentlosigkeit. 3. Unbeständiger Wechsel der Tonhöhe. 4. Näselnde Sprache. 5. Dysarthrie muskulärer und fasciculärer Natur. 6. Skandiren. 7. Embolische Laute (unwillkürliche Einschiebung eines zwischen o und u gelegenen Lautes zwischen oder in die Silben). 8. Ataxien der Sprache. — Bei der Dementia paralytica unterscheidet T.: A. Quantitative Störungen 1. im Tempo (Beschleunigung, Verlangsamung), 2. im Rhythmus (Pseudoskandiren), 3. im Accent (Atonie). B. Qualitative Störungen. I. Dysarthrien: 1. bulbäre, 2. corticale, 3. atactische; II. Atactische Dysphasien, wie 1. Häsition an Konsonanten und Vokalen (Tremoliren), 2. literale Ataxie (Buchstabenversetzung): a) Inversion, b) Elision, c) Attraktion; 3. syllabäre Ataxie (Silbenstolpern): a) Reduplikation, b) Synizese, c) Syncope. Die Sprachstörung des Durchschnittsparalytikers ist als eine motorisch-ataktische Dysphasie aufzufassen. Keine Art literaler oder syllabärer Sprachataxie, es seien denn schwere Syncopen, ist für paralytische Demenz pathognomonisch; doch dürften asymmetrisches Flattern oder Zittern der Oberlippe beim Sprechen, Häsitiren und ataktische Dysarthrien keinen anderen chronischen Krankheitsprozess charakterisiren. — Bei Epileptikern fanden sich bei epileptischer Verblödung oder mittelstarker Demenz Dysarthrien und Ataxien literaler und syllabärer Art, das heisst sogenannten paralytischen Charakters. S. Kalischer.

C. Eisenlohr, Zur pathologischen Anatomie der Athetose. Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst. IV. 1893/94.

Die 68jähr. Patientin litt seit frühester Kindheit an dieser Krankheit. Ihre willkürlichen Muskeln waren in der Ruhe und in der Thätigkeit der Sitz eigentümlicher athetotischer Bewegungen. Die Bulbi waren unbe-

Digitized by Google

teiligt, im Schlaf cessirten die Bewegungen. Störungen der Sensibilität und der Reflexe fehlten, die Psyche war nicht ganz intakt, die Kranke bot in ihrem Wesen etwas „Kindliches und Unentwickeltes“. Die Pat. erlag einer Pneumonie. Bei der Sektion fehlten im Gehirn gröbere Läsionen, aber im Rückenmark fand sich eine Degeneration in den Seiten- und Hintersträngen — beidemal sind aber die Erkrankungen keine „systematischen“, da z. B. die Läsion der Seitenstränge nicht auf die Pyhahnen beschränkt ist. Die Goll'schen Stränge waren unversehrt. Die graue Substanz war in sehr unregelmässiger Form, bisweilen über den ganzen Querschnitt krankhaft verändert. Schwund und Atrophie der Zellen und Fasern. Der ganze Prozess machte mehr den Eindruck einer chronischen Myelitis der grauen Substanz und anliegenden Substanz, als den einer abgelaufenen chronischen Myelitis. Der Verf. giebt auch der Erwägung Raum, ob es sich nicht um eine auf Grund mangelhafter Anlage zur Entwickelung gekommene Degeneration handeln könnte. M. Brasch.

Reinhardt, Ein Fall von chronischer pigmentirender Urticaria. (Aus der Klinik für Syphilis.) Charité-Annalen 1895. S. 701.

Bei einem gegenwärtig 17 Jahre alten Mädchen war zuerst im zwölften Jahre, 3 Wochen nach der Impfung, eine Urticaria aufgetreten, deren Quaddeln für mehrere Tage einen braunen Fleck hinterliessen. In der ersten Zeit kamen solche Ausbrüche nur in langen Zwischenräumen, später wurden sie immer häufiger und erfolgen seit 2 Jahren täglich. Es entstehen unter heftigem Jucken vollkommen einer gewöhnlichen Urticaria gleichende weisse Quaddeln, die nach einigen Stunden von der Mitte aus eine bläulich-rote Farbe annehmen und schliesslich einen rötlich-braunen Fleck zurücklassen, der in den nächsten Tagen den für Blutergüsse charakteristischen Farbenwechsel durchmacht und dann vollständig verschwindet. Ganz vereinzelte Quaddeln zeigen von Anfang an das Aussehen eines oberflächlichen Blutergusses und bleiben etwa 14 Tage bestehen, worauf sich die Epidermis ablöst und geronnenes Blut abzuheben ist. Die Zahl der täglich auftretenden Quaddeln variirt zwischen 3 und 61; sie ist zur Zeit der Menses eine besonders grosse. Pat. leidet an nicht gonorrhoischem Fluor, ist aber im Uebrigen gesund. Die verschiedensten therapeutischen Versuche hatten auf die Urticaria keinen wesentlichen Erfolg.

H. Müller.

M. Beck, Ueber Quecksilber-Exantheme. (Aus dem Institut für Infektionskrankheiten.) Charité-Annalen 1895. S. 587.

Verf. berichtet über 3 Fälle von schweren Exanthemen, die nach der Einreibung von Quecksilbersalben aufgetreten waren. Es entstanden zunächst Erytheme, die sich weiterhin in äusserst hartnäckige Ekzeme mit Krusten- und Rhagadenbildung umwandelten. Die tiefen Einrisse in die Hautoberfläche bilden bequeme Eintrittspforten für Bakterien, auf deren Eindringen Verf. auch das diese Ausschläge häufig begleitende Fieber zurückführt. In dem einen der mitgeteilten Fälle kam es auf diesem Wege sogar zu einer schweren septischen Infektion, der die Pat. auch erlag.

Digitized by Google

Bei einem anderen Kranken zeichnete sich der Ausschlag durch eine ausserordentliche Vielgestaltigkeit aus; er erweckte zuerst den Verdacht auf Scharlach, erschien dann erysipelartig, führte wiederholt unter heftigem Jucken zu ausgebreiteter Abschuppung und verlief schliesslich unter dem Bilde eines pustulösen und borkenbildenden Eczems, das erst nach mehrmonatlicher Behandlung heilte. In dem dritten Falle ging das Exanthem von den Augenlidern aus, auf welche Ungt. Hydrarg. rubr. eingerieben worden war. — Als eine den Quecksilberausschlägen spezifische Eigentümlichkeit bezeichnet B. ihre Neigung zum Uebergang in ein Eczem oder eine Dermatitis exfoliativa und zur Rhagadenbildung. H. Müller.

O. Küstner, Ueber sekundäre Verwachsungen submucöser Myome mit den umgebenden Wandpartien des Genitaltraktus. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIII. (2.)

Nach dem Litteraturausweise sind derartige Verwachsungen selten. Verf. hat sie nur in drei Fällen getroffen, deren einen er ausführlich beschreibt. Bei diesem inserirt der Stiel des grossen Myoms an der hinteren Wand des Corpus uteri; er ist 2 cm dick und läuft bald in die Maximalcircumferenz der Geschwulst aus. Letztere liegt nicht frei in der Vagina oder Cervix, sondern ist in ihrem Umfange breit mit dem Genitalschlauch verwachsen. Von diesen 2 Insertionen ist die stielförmige im Fundus primär, die zonare in der Vagina sekundär. Der Druck und die ungeheure Dehnung, verursacht durch den wachsenden Tumor, führen zu einer Neurose der Vaginalschleimhaut und, sobald auch die Schleimhaut der Tumoroberfläche nekrotisch geworden ist, kann die Verwachsung beider Oberflächen erfolgen. Die Abbildung eines mikroskopischen Präparates zeigt diese Verhältnisse überzeugend. Eine Verwachsung tritt nicht ein, wenn Sekretionen hinter dem Tumor oder in seiner Umgebung, oder Neurosen im Tumor selbst statt haben. Zum Schluss stellt Verf. die hierhergehörige Litteratur zusammen. A. Martin.

Loehlein, Die Ausschabung bei ektopischer Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 23.

Die Abrasio wird bei bestehender oder vermuteter Extrauterinschwangerschaft ausgeführt zu diagnostischen Zwecken oder als therapeutisches Verfahren zur Bekämpfung blutiger Abgänge aus dem Uterus. Wie gefährlich eine solche Abrasio bei Extrauterinschwangerschaft ist, zeigt ein vom Verf. beobachteter Fall, in welchem durch dieselbe eine sehr gefährliche innere Blutung hervorgerufen wurde, und 2 vom Verf. beobachtete Fälle, in deren einem nach der Ausschabung erneute Blutung und erneute Ausbreitung peritonitischer Vorgänge zum Tode führten, während im zweiten Falle eine Verjauchung der mächtigen Blutgeschwulst eintrat. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W. Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

für die

medicinischen Wissenschaften.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **27. Februar.** **No. 9.**

Inhalt: Delitzin, Anomalie der Art. obturatoria und epigastrica inf. — Lewinstein, Wirkung der verdünnten Luft. — Salkowski, Verhalteu des Caseïns zur Pepsinsalzsäure. — Emmerlino, Neuer Glycerin vergährender Bacillus. — Emmerlino, Zur Kenntnis der Eiweissfäulnis. — Kaufmann, Ueber Fetthildung und Glycogenbildung im Organismus. — Mühlmann, Zur Physiologie der Nebenniere. — v. Dittel, Fabricius, Beresowsky, Ueber Radikaloperation von Hernien. — Crzellitzer, Ueber die Tscherning'sche Accommodationstheorie. — Guranowski, Zur Casuistik der Labyrinthnekrose. — Rethi, Ueber üble Zufälle nach Nasenoperationen. — Bosc und Delezenne, Immunisirende Wirkung von Pepton. — Pick und Jacobsohn, Neue Färhungsmethode der Gonococcen. — Maisonneuve, Haltharkeit von Schlangengift. — Blachstein, Wirkung des Chrysoidins auf Choleravihrionen. — Eichhorst, Beziehung der Pleuritis zur Tuberkulose. — Grasset, Uehertragharkeit des Scharlachs. — Reinach, Zur Therapie der Kinderdiarrhoeen. — Schütz, Bedeutung der Hernien für Verdauungsstörungen. — Robson, Einführung von Kaninchennerven bei Schnittwunden der Nerven. — v. Oordt, Cassirer und Schiff, Zur Kenntnis der Bulbärerkrankungen. — Lukasiewicz, Ueber Xeroderma pigmentosum. — Ehrmann, Zur Therapie der periurethralen Abscesse. — Heuss, Circumscripte Lymphangiome. — Beuttner, Ueher künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. — Dalché, Apparat zur Vaginalwaschung. — Beck, Fall von Schwangerschaft bei Hymen imperforatum. — Massey, Elektrische Behandlung von Frauenleiden.

S. Delitzin, Ueber eine complicirte Anomalie im Gebiete der Arteria obturatoria nnd epigastrica inferior. Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abt. 1896. S. 413.

Die eigentliche Art. obturatoria kommt in dem hier beschriebenen Falle aus der Art. iliaca externa, 23 mm vom Lig. Pouparti entfernt, kreuzt die V. iliaca ext., läuft an deren innerem Rande 24 mm vertikal empor, d. h. so lange sie sich mit dem Ramus horiz. oss pub. berührt und richtet sich dann wieder nach vorn znm Annulus int. canalis obturatorii. In diesen tritt sie nicht ein, sondern teilt sich in 2 Aeste, von denen der eine das Foramen obturatorinm, bedeckt vom Musculus obturatorius int., am oberen Umfange umkreist, während der hintere Ast, ebenfalls von genanntem Muskel bedeckt, vertikal anf der Membrana obturatoria verläuft und sich schliesslich in 2 Artt. nutritiae für das Tuber ischii

teilt. Die Art. byopogastrica teilt sich in die beiden Artt. gluteae, von denen die Glutea inf. die übrigen Aeste der (normalen) Hypogastrica abgiebt, unter diesen auch eine zweite (stärkere) Wurzel für die Art. obturatoria in der Richtung nach dem gleichnamigen Kanal. Diese vereinigt sich am unteren Rande des Ram. horiz. oss. pubis mit der erstgenannten Arterie. Aus der Vereinigungsstelle entspringt noch ein Ram. pubicus, der sich an der hinteren Fläche der Symphyse in 3 Aestchen teilt. Der Canalis obturatorius bleibt also ganz frei von Gefässen, eine Anomalie, auf welche früher schon WALDEYER hingewiesen hat. Die normalerweise von der Art. obturatoria versorgte Gegend empfängt ihre Gefässe folgendermassen: Aus der medialen Peripherie der Art. profunda femoris, dicht unterhalb des Cornu superius proc. falciformis entspringt ein Ast, der zuerst horizontal hinter der V. cruralis verläuft und sich dann in 2 Aeste teilt, einen unteren (stärkeren) für den Musculus pectineus, adductor longus und brevis, obturator ext., nebst einigen abgebenden Artt. pudendal extt., sowie einen oberen (schwächeren) Ast, der dicht neben der V. cruralis bis unter das Lig. Pouparti emporsteigt und dann den normalen Verlauf einer Art. epigastrica inf. einschlägt. Es entspricht also der untere Ast einer Art. obturatoria (vicaria), der obere der Art. epigastrica inf. Brühl.

G. Lewinstein, Zur Kenntnis der Wirkung der verdünnten Luft. Pflüger's Archiv. LXV. S. 278.

Kaninchen, die in einer ausgiebig ventilirten Glasglocke atmosphärische Luft unter einem Druck von nur 400—300 mm Hg, entsprechend dem Aufenthalt in Höhen von 5000—7000 m über dem Meeresspiegel, atmeten, starben in den unter ZUNTZ's Leitung ausgeführten Versuchen regelmässig im Laufe des zweiten, längstens am dritten Tage des Aufenthaltes in der verdünnten Luft. Dabei fand sich bei Intaktheit der Lungen und des Bronchialtractus regelmässig eine enorme fettige Degeneration des Herzens, der Leber, der Nieren, des Zwerchfells und der gesammten quergestreiften Muskulatur. Die Degeneration des Herzens war so diffus und so stark, dass sie als genügende Todesursache zu erachten war.

Von vornherein stand zu erwarten, dass Kaninchen mit ihrer frequenten flachen Atmung schon bei einer Druckverminderung, wie der hier verwendeten, die von den meisten Menschen ohne Gefahr ertragen wird, an den Folgen ungenügender O-Versorgung des Blutes leiden würden, hat doch auch A. LOEWY gezeigt, dass es wesentlich von der Atemmechanik abhängt, bei welchem O-Gehalt der Atemluft bedrohliche Wirkungen eintreten.

Die Versuchskaninchen des Verf.'s atmeten in der verdünnten Luft etwas tiefer als normal; zeitweise trat grössere Atemnot ein; auch verschmähten die Tiere vollständig ihr sonstiges Lieblingsfutter. Vielleicht erklären sich die Fälle von Tod an Bergkrankheit bei mehrtägigem Aufenthalte in Höhen von 3500 bis 4000 Metern ebenfalls durch akute Fettentartung des Herzens. I. Munk.

E. Salkowski, Ueber das Verhalten des Caseïns zur Pepsinsalzsäure. Pflüger's Arch. LXIII. S. 401.

Die Arbeit ist eine Fortsetzung der vom Ref. in Gemeinschaft mit M. Hahn über denselben Gegenstand ausgeführten. Die Resultate der vorliegenden Arbeit lassen sich folgendermassen zusammenfassen: 1. Es gelingt unter bestimmten, jederzeit leicht herstellbaren Bedingungen mit Sicherheit, Caseïn in Pepsinsalzsäure ohne jeden Rest zur Auflösung zu bringen. Man kann darauf rechnen, wenn das Verhältnis zwischen Caseïn und verdauender Flüssigkeit = 1 : 500 ist und das Caseïn vorher durch Vermittlung von Alkali gelöst ist. 2. Vollständige Lösung tritt nicht mehr ein, wenn das Verhältnis zwischen Caseïn und Verdauungsflüssigkeit = 1 zu 250 ist, es bleibt dann ein Rest von etwa 1 pCt. ungelöst, bei weiterer Verengerung steigt der ungelöste Rest mehr und mehr an. 3. Der Wechsel der Quantität des Pepsins vom 1—8fachen übt beim Gleichbleiben aller übrigen Bedingungen und vollkommen ausreichender Quantität der Salzsäure einen unzweifelhaften, aber äusserst geringfügigen Einfluss auf die Quantität des Paranucleïns aus. 4. Die Quantität der Salzsäure ist bei Gleichbleiben aller anderen Bedingungen in den Grenzen von 0,054 bis 0,216 pCt. HCl ohne jeden Einfluss auf die Verdauung des Caseïns, bei einem Gehalt von 0,027 pCt. HCl ist eine Abnahme der Verdauung nachweisbar, aber sie ist äusserst geringfügig, so lange zwischen Caseïn und verdauender Flüssigkeit das Verhältnis 1 : 130 bis 1 : 135 nicht nach unten überschritten wird. Bei einem Verhältnis von Caseïn und verdauender Flüssigkeit von 1 : 67,5 ist der Unterschied zwischen der Wirkung von 0,026 und 0,104 pCt. HCl schon sehr merklich. 5. Das Verhältnis zwischen HCl und der aus dem Casein gebildeten Caseose kann bis auf 1 zu 34,6 sinken, resp. der Procentgehalt der Albumose-Salzsäureverbindung bis auf 2,82 pCt. Ob damit die unterste Grenze erreicht ist, bleibt noch zu untersuchen. E. Salkowski.

O. Emmerling, Ueber einen neuen, aus Glycerin Buttersäure erzeugenden Bacillus. Ber. d. d. chem. Ges. Bd. 29. S. 2626.

Aus Kuhexkrementen konnte Verf. durch Eintragen derselben in Wasser mit 5 pCt. Glycerin, stickstoffhaltigen und mineralischen Nährstoffen und Stehenlassen bei 37° einen dem Bacillus subtilis ähnlichen Bacillus isoliren, welchen Verf. Bacillus boocopricus nennt. Derselbe wächst auf Gelatine, Agar-Agar, Kartoffeln in ziemlich langen, abgerundeten Stäbchen mit mittelständigen Sporen. Vom Bacillus subtilis unterscheidet er sich durch das Fehlen der Geisseln. Aus Glycerin bildet er bei Gegenwart von kohlensaurem Kalk als Hauptprodukte Methylalkohol, Essigsäure, Buttersäure, daneben Spuren von Ameisensäure und Bernsteinsäure. Auch Traubenzucker und Milchzucker vermag er zu vergähren. E. Salkowski.

O. Emmerling, Beitrag zur Kenntnis der Eiweissfäulnis. Ber. d. d. chem. Ges. Bd. 29. S. 2721.

Die Vergährung von Weizenkleber durch Proteus vulgaris lieferte in den Versuchen des Verf.'s Phenol in geringer Quantität und neben über-

wiegendem Ammoniak auch etwas Trimethylamin. In dem bei der Destillation der Faulflüssigkeit gebliebenen Rückstand wurde Betaïn, Essigsäure und Buttersäure gefunden. Ein giftiges Ptomaïn konnte nicht konstatirt werden. (Auf die aromatischen Spaltungsprodukte des Eiweiss ausser Phenol: Indol, Homologe der Benzoësäuren, aromatische Oxysäure, scheint Verf. die Untersuchung nicht ausgedehnt zu haben. Ref.) — Eieralbumin in einer Quantität von 860 g, durch Staphylococcus pyogenes aureus zersetzt, gab Indol, Skatol, Phenol, sehr viel Ammoniak, 3,3 g Trimethylamin und daneben Spuren einer durch die Isonitril-Reaktion erkennbaren primären Base, ferner Ameisensäure (starke Reaktion), 2,5 g Essigsäure, 0,6 g Propionsäure, 10,8 g Buttersäure, 0,5 g höhere Fettsäuren. Die nicht flüchtigen Säuren bestanden aus ca. 2 g Oxalsäure — ein sehr bemerkenswerter Befund — und 0,3 g Bernsteinsäure. Oxalsäure fand sich auch in peptonhaltigen Bouillonkulturen von Staphylococcus aureus. Betaïn oder eine andere Base fehlte. Auf ein die Polysaccharide spaltendes Ferment wurde vergeblich untersucht. Von aromatischen Säuren erwähnt Verf. nichts.

E. Salkowski.

M. Kaufmann, 1) Sur l'origine de la graisse chez les animaux. Arch. de physiol. normale et pathol. 1896. p. 757. — 2) Nouvelles recherches sur la transformation des albuminoïdes du graisse dans l'organisme animal. Ibidem. p. 767.

1) Die eine Art Einleitung zu 2) bildende Abhandlung giebt eine historische Darstellung unserer Kenntnisse von der Entstehung des Fettes im Tierkörper, wie sie sich auf Grund der Fütterungsversuche und der Beobachtung des Gaswechsels, speziell des respiratorischen Quotienten gebildet haben.

2) Verfasser bringt 10 Versuche an Hunden, die nach Fütterung mit grossen Quantitäten Fleisch in die früher von ihm beschriebene zugleich Calorimeter und Respirationsapparat bildende Kammer gebracht wurden und dort 5 Stunden blieben. Bestimmt wurde der aufgenommene O, die ausgeschiedene CO_2-Menge, die producirte Wärmemenge, die Stickstoffmenge des in dieser Zeit secernirten Urins. Setzt man die ausgeschiedene N-Menge mit den Gaswechselwerten in Beziehung, so ergiebt sich, dass das in Zerfall geratene Eiweiss nicht vollkommen verbrannt sein kann, sondern dass ein N-freier Anteil im Körper zurückgeblieben ist. Diese Zerlegung des Eiweissmoleküls geschieht nach Gautier durch Hydratation, nach Chauveau durch Oxydation. Verf. schliesst aus seinen Versuchen, dass man bei Berechnung der erhaltenen Werte nach des Ersteren und Letzteren Formel zu dem gleichen Resultate kommt, und zwar, dass aus Eiweiss Fett entstanden ist, das am Körper zur Anlagerung kommt. Aber nicht der ganze unverbrannt gebliebene Eiweissrest setzt sich gewöhnlich als Fett an, sondern ein Teil dieses oxydirt sich weiter zu Kohlehydrat (Glykogen) und wird als solches abgelagert. Dafür dient das Verhältnis der gebildeten CO_2 zum aufgenommenen O dem Verfasser als Beweis.

War das Versuchstier arm an Glykogen (durch vorangegangenen Hunger), so kann sogar das ganze aus dem Eiweiss entstandene Fett zu

Digitized by Google

Glykogen sich oxydiren, während umgekehrt bei Glykogenreichtum es vollkommen als solches sich anlagern kann. A. Loewy.

M. Mühlmann, Zur Physiologie der Nebenniere. Deutsche med. Wochenschrift 1896, No. 26.

Was den wirksamen Bestandteil der Nebennieren betrifft, so haben die früheren Arbeiten eine Substanz zu isoliren vermocht, die einige dem Brenzkatechin ähnliche Eigenschaften zeigt, sich aber doch in wesentlichen Punkten von ihm unterscheidet. Verf. konnte im spiritnösen Extrakt von frischen Rinder- oder Kälbernebennieren eine Substanz nachweisen, die von Brenzkatechin dadurch unterschieden ist, dass sie sich schwer in Aether löst, nach Zusatz von Chlorkalklösung rot wird, keine Krystalle im Rückstand aufweist und Sublimatreaktion zeigt. Es gelang nun aber, die Substanz durch Kochen mit Salzsäure derart zu spalten, dass nach Abdestilliren der ätherischen Lösung eine braune Masse zurückblieb, die alle charakteristischen Eigenschaften des Brenzkatechins hatte.

Verf. nimmt an, dass das Brenzkatechin die giftigen Erscheinungen und vielleicht auch die blutdrucksteigernde Wirkung des Nebennierenextrakts bedingt, dass aber daneben noch eine andere unbekannte Verbindung existirt, die in der Nebenniere an Brenzkatechin gebunden ist und erst durch das Kochen mit Salzsäure von ihm getrennt wird.

Bringt man auf eine Querscheibe der frischen Nebenniere einen Tropfen dünner Eisenchloridlösung, so färbt sich nur die Marksubstanz grün; die Reaktion wird bei Zusatz eines Tropfens Natriumbicarbonatlösung noch schärfer, die Marksubstanz färbt sich intensiv rot. Das Brenzkatechin wird also in der Marksubstanz der Nebenniere gebildet. Hier ist der wahrscheinlichste Sitz desselben das Gefässsystem. Verf. nimmt an, dass das Hauptmaterial zur Bildung des Brenzkatechins im Blute kreist und von der Protokatechusäure der Pflanzen aus der Nahrung stammt. Dass der an der Grenze von Mark und Rinde liegende Teil der Epithelzellen der Nebennierenrinde am stärksten pigmentirt ist, ist auf die Einwirkung des Brenzkatechins zurückzuführen. Gelangt letzteres durch krankhafte Störung in das Blut, so kann es auch die Epithelien der Haut abnorm pigmentiren. Die Addison'sche Krankheit beruht also darauf, dass das Brenzkatechin, ohne in eine unschädliche Verbindung übergeführt zu sein, in das Blut gelangt. Durch seine Giftigkeit werden Nerven- und Gefässsystem geschädigt.

Die Elimination des Brenzkatechins wird normalerweise durch die sympathischen Ganglienzellen vermittelt. Neben den Ganglienzellen der Nebenniere selbst dürfte das Ganglion solare hier eine Rolle spielen.

Daher kann auch Erkrankung der Ganglien bei intakten Nebennieren zur Addison'schen Krankheit führen.

M. Rothmann.

---

1) **v. Dittel,** Zur Rückwirkung der Radikaloperation von Bassini auf die Herniotomie der eingeklemmten Leistenhernie. Wien. klin. Wochenschr. 1895, No. 32.

2) **J. Fabricius,** Ueber die operative Behandlung von Cruralhernien. (Aus dem Maria-Theresia-Frauenhospital unter der Direktion Dr. H. von Erlach's.) Ebenda. No. 31/32.

3) **S. Beresowsky,** Ueber Radikaloperation nicht eingeklemmter Brüche und ihre Endresultate. (Aus der Berner chir. Klinik.) Deutsche Zeitschr. f. Chir. XL. S. 294.

1) Nach dem Vorgange von Frank wird auch für eingeklemmte Brüche das Verfahren empfohlen, direkt auf den Leistenkanal oberhalb des Lig. Pouparti einzugehen. Beigefügt ist die Beschreibung einer auf diese Weise erfolgreich operirten, seit vier Tagen eingeklemmten rechtsseitigen Leistenhernie bei einem 60jährigen Patienten.

2) Es werden drei Formen von Schenkelhernien unterschieden: Bei der ersten, welche besonders bei kleinen Hernien vorkommt, tritt die Geschwulst unter dem Rande des Proc. falciformis min. hervor, demnach durch einen Spalt oder eine Oeffnung der oberflächlichen Blätter der Fascia lata. Wenn es nun zu einer Einklemmung kommt, dann ist der scharfe Rand des Proc. falciformis min., nicht das Lig. Gimbernati Ursache der Einklemmung. Die zweite, ziemlich selteue Art der H. femoral. zeigt die Bruchgeschwulst direkt im Gefässtrichter befindlich. Bei der dritten Art von Hernien ist die Bruchgeschwulst so gross, dass der ganze Raum vom Proc. falciform. min. an bis zu den Gefässen von ihr ausgefüllt wird. Diese Bruchart ist aus der ersten dadurch hervorgegangen, dass die Bruchpforte immer grösser wurde. — Um Recidiven vorzubeugen, ist die Beseitigung des Schenkeltrichters und die möglichst feste Fixation des Lig. Pouparti an den Ram. horizont. pub. zu erstreben, und zwar durch Annähen des Lig. Pouparti an den inneren Rand des Ram. horizont. pub. Zu diesem Behufe incidirt man jedesmal so weit den oberen Rand des Proc. falcif. min. selbst und die Fasern des Lig. Poupart. an dessen Insertion am Tuberc. oss. pub., bis dieses sich bequem zurückdrängen und leicht an das Lig. Cooperi annähen lässt. Beigefügt ist die ausführliche Geschichte einer 47jähr. Patientin mit irreponibler, aber nicht incarcerirter Schenkelhernie von Kindskopfgrösse, welche u. a. auch die Harnblase enthielt. Dieselbe wurde verkannt und mit dem Bruchsack abgebunden; erst am Abend des Operationstages zeigten zunehmende Schwäche und Leere der Harnblase, so dass der Katheter keinen Urin entleerte, dass eine Blasenverletzung vorgelegen. Nach Freilegung der Blase fand man ein Vierkreuzerstück-grosses Loch in ihrer Wand, den prävesicalen Raum mit Blut und Harn gefüllt. Vernähung der Ränder des Blasenloches mit der äusseren Haut und Blasendrainage. Heilung.

3) Die durch zahlreiche Tabellen, Wiedergabe von Krankengeschichten und erläuternde Bemerkungen zu erheblichem Umfange geschwellte Arbeit verfolgt den Zweck, an dem in den letzten 3 Jahren angesammelten Material der Berner Klinik, welche 220 Radikaloperotionen verschiedener Brüche umfasst, die Vorzüge der neuen III. Methode Kocher's, der Modifikation der Verlagerungsmethode, gegenüber den beiden früheren Methoden

Digitized by Google

der Kanalnaht und der Verlagerung, sowie den anderweitigen Verfahren darzuthun. Hier sei nur noch bemerkt, dass Verf. die Anzeigen zur Radikaloperation nicht eingeklemmter Brüche nach den Resultaten der Berner Klinik aus den letzten beiden Jahren für feststehend erachtet, insofern bei der Sterblichkeit von 0 pCt. der Wunsch der Pat. allein als genügende Indikation zur Operation betrachtet wird, Grösse und Dauer des Bruches die Vorhersage weder bezüglich der Heilungsdauer, noch auch meist des etwaigen Recidivs beeinträchtigen. Dasselbe thun auch nicht Alter des Pat. und Schlaffheit seiner Bauchdecken, im letzteren Falle wird kein Recidiv, sondern die Entstehung einer anderen Art Hernie beobachtet. Dank dem ziemlich guten Operations- und Wundverlauf darf die Operation auch im frühen Kindesalter bei Hernia inguin. obliqua für zulässig erachtet werden; als aseptische Cautelen sind nur zu beachten: möglichst hermetischer Wundverschluss bei möglichst dichter Applikation der einzelnen Stiche der fortlaufenden Naht ohne Drainage und Bestreichen der Nähte mit einer Mischung von Bismuth. subnitr. mit Sublimatlösung, auf welche erst nachher der Verschluss mit Collodiumstreifen folgt. Recidive sind dann immer seltener, als das Ausbleiben der Heilung bei Bruchbandbehandlung. Die beste Methode ist hier (bei Hern. ing. obliq.) Kocher's letzte Modifikation, nicht nur weil ihre Resultate keineswegs weniger sicher sind, als die anderer Methoden, sondern weil sie vor diesen durch Einfachheit der Technik und der Gefahrlosigkeit für den Pat. im Falle eines gestörten Wundverlaufes bedeutende Vorzüge besitzt. Zur Verhinderung von Recidiven soll man bei jeder Bruchoperation den Zustand der Venen des Funiculus berücksichtigen und event. eine Varicocele gründlich beseitigen, dagegen ist die Verordnung eines Bruchbandes überflüssig.

P. Güterbock.

A. Crzellitzer, Die Tscherning'sche Accommodationstheorie, eine zusammenfassende Darstellung nach den Tscherning'schen Arbeiten und nach eigenen Versuchen. v. Graefe's Arch. f. Ophthalm. XLII. (4.) S. 36.

C. suchte durch eine Reihe von Versuchen die Tscherning'sche Ansicht, dass die Accommodation nicht auf einer Erschlaffung der Zonula Zinnii, sondern auf einer Anspannung derselben durch den Ciliarmuskel beruhe, zu stützen; dabei werden die Randpartien der Linse abgeflacht und die Gestalt der Vorderfläche aus einer annähernd sphärischen zu einer ungefähr hyperboloidischen. Er fand, dass die Accommodationsbreite für die Randstrahlen geringer ist, als für die Mittelstrahlen, woraus hervorgeht, dass die Flächen der accommodirten Linse in der Mitte stärker brechend sein müssen, als am Rande. Diese Bedingung, schwächer zu brechen, wird erfüllt von allen peripher abgeflachten Flächen. Die Reflexion an der accommodirten Linsenvorderfläche beweist, dass diese peripher abgeflacht ist, und zwar so, dass ihre Gestalt einem Hyperboloid sehr nahe kommt. Zug an der Zonula flacht die Linse in toto nicht ab, ändert die vorher sphärischen Flächen in der Art, dass in der Mitte die Krümmung zunimmt, am Rande abnimmt. Daher ist es wahrscheinlich, dass während der Accommodation ein Zug an der Zonula statthat, der die sphärischen Linsenflächen zu hyperbolischen umformt.

Horstmann.

Guranowski, Zur Casuistik der Labyrinthnekrose. Exfoliation der knöchernen Bogengänge und des hinteren Vorhofes. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1896, No. 12.

Der von G. bei einem $2^1/_2$jähr., an Scarlatina-Otitis leidenden Kinde auf operativem Wege entfernte, in Granulationsgewebe eingebettete Seqnester stellte ein vorzügliches Präparat der knöchernen Bogengänge nnd des hinteren Vorhofsthales dar. Die knöcherne Kapsel ist so aus dem Felsenbein herauspräparirt, dass nirgends Spuren der Spongiosa zu sehen sind, auch finden sich keine pathologischen Oeffnungen. Coordinationsstörnngen waren während des ganzen Verlaufes der Krankheit nicht beobachtet worden. Nach Entfernnng des Sequesters trat vollständige Heilnng des Ohrleidens ein; nur die schon vor der Operation vorhandene Facialisparalyse blieb stationär. Schwabach.

Rethi, Ueble Zufälle nach Nasenoperationeu. Arch. f. Laryngol. u. Rhin. IV. (3.)

In der Regel verlaufen Nasenoperationen ohne Zwischenfall; znweilen treten jedoch üble Zufälle hinzu. Zu den relativ häufigsten gehören Ohnmacht, Kopfschmerz, Erbrechen, Fieber, Angina lacunaris, vorübergehend Amaurose, Delirien, epileptiforme Anfälle, Steigerung etwaiger Reflexnenrose; es können auch bisher nicht vorhanden gewesene Reflexerscheinnngen, Nieskrampf, Glottiskrampf, Neuralgien, einseitiger Basedow erzengt werden. Aeusserst selten kommt es zu Infektion der Nasenwunde, Erysipel, Phlegmone, Diphtherie, Pyämie und Septikämie, oder durch Fortleitnng der Entzündung nach oben zu Meningitis mit tödlichem Ausgang. Einen solchen Fall von Pyoseptikämie mit hämorrhagischer Nephritis, Unterhautzellgewebs- und Gelenkeiterung, Venenthrombose in der Pia und eitriger Meningitis nach Polypenentfernung mit ziemlich heftiger Blutnng und infolgedessen Tamponirnng der Nase, teilt Verf. mit. Dass die Tamponade an dem Ausgang schnld gewesen, ist kaum anzunehmen, da der Tampon nicht über 24 Stunden lag und den Durchtritt der Luft nicht verhinderte, also eine Sekretstauung auch wohl kaum anzunehmen ist.

W. Lnblinski.

Bosc et Delezenne, De l'immunité conferée par qnelques substances anticoagulantes. De son mécanisme: excitation de la phagocytose, augmentation du pouvoir bactericide du sang. Compt. rend. 1896. CXXIII. p. 500.

Bereits früher haben die Verff. gefunden, dass Blnt, welches durch Blutegelextrakt an der Gerinnnng gehindert ist, viel langsamer fault, als normales Blut. Da in solchem Blute die Lebensfähigkeit der Leukocyten vermehrt ist, so erklärten Verff. diese Thatsache daraus, dass die Phagocytose in diesem Blute länger bestehe und dadurch ein Hindernis für die Entwickelnng von Fäulnisbakterien geschaffen sei. Verff. haben nun weiter Experimente angestellt und gefunden, dass gewisse die Gerinnnng verhindernde Substanzen, wie Blutegelextrakt oder Pepton, ins Blut gebracht, die Schutzkörper des Organismus gegen Infektionen zu stärken vermögen. Diese Veränderungen, welche mit dem Blute vorgehen, sind durch eine be-

trächtliche Steigerung der Lebensfähigkeit der Leukocyten und der Phagocytose charakterisirt, wie auch dnrch eine Vermehrung der haktericiden Eigenschaft des Blutes. Die intravenöse Injektion dieser, die Gerinnnng verhindernden Körper 15—45 Min. vor Injektion einer tödlichen Dosis Coli- oder Streptococcenkultur vermag Hunde und Kaninchen zu retten.

H. Bischoff.

L. Pick und **J. Jacobsohn,** Eine neue Methode zur Färhung der Bakterien, inshesondere des Gonococcus Neisser, im Trockenpräparat. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 36.

Verff. hahen mit Gemischen zweier hasischer Anilinfarblösungen Färbungen von Bakterien in Ausstrichpräparaten vorgenommen, wohei sich zeigte, dass die Bakterien nnd auch die verschiedenen Gewehselemente eine verschiedene Affinität zu den Farhgemischen hahen. Für die Eiterpräparate hei Gonorrhoe empfiehlt sich ein Gemisch von 20 Tr. Ziehl'scher Lösung und 8 Tr. konzentrirter alkoholischer Methylenblaulösung auf 20 ccm Wasser. Die Coccen sind dann intensiv hlau, die Zellkerne hellhlau mit rötlichem Schimmer, Zellleih hellrot gefärht. Die besten Bilder erhält man, wenn man das Farbgemisch 8—10 Sekunden einwirken lässt.

H. Bischoff.

Maisonneuve, Expérience établissant la longue conservation de la virulence du venin des Serpents. Compt. rend. 1896. CXXIII. p. 513.

Verf. brachte einem Sperling Sekret aus dem Giftzahn einer Aspisviper, welche länger als 20 Jahre als Spirituspräparat aufbewahrt worden war, unter die Brusthaut. Nach 2 Std. 7 Min. war der Sperling dem Gifte erlegen.

H. Bischoff.

Blachstein, Ueher das Verhalten des Chrysoidins gegen Cholcravibrionen. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 44.

In einem Azo-Körper, dem Chrysoidin $C_6H_5 - N=N - C_6H_3(NH_2)_2$, fand Verf. einen chemischen Körper, welcher, ähnlich dem Sernm gegen Cholera immnnisirter Tiere, auf Choleravihrionen agglutinirend wirkt, so dass sich hei Zusatz von 10 Tropfen einer 0,25 proc. Lösnng zu einer Aufschwemmung von Choleravihrionen die Flüssigkeit innerhalb 1—2 Stnnden vollkommen klärt, während die Vihrionen sich am Boden ahsetzen. Bisher konnte Verf. diese Wirkung des Chrysoidins nur beim Choleravihrio, nicht bei anderen Vihrionen, so dem Berolinensis, Elwers nnd verschiedener anderer Wasservihrionen, nachweisen, so dass B. hehanpten zu können glauht, es läge ein Choleravihrio nicht vor, wenn die Reaktion negativ ausfällt. Gleichzeitig teilt B. mit, dass das Chrysoidin ein wirksames Desinfektionsmittel gegen Vihrionen sei, für dessen Anwendung seine Ungiftigkeit das Wort rede.

H. Bischoff.

H. Eichhorst, Ueher die Beziehungen zwischen seröser Pleuritis und Tnberkulose. Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1895, No. 13.

Die vielfach gemachte Erfahrung, dass Kranke mit seröser Pleuritis späterhin häufig tuberkulös werden, veranlasste E. zu eingehenden Unter-

suchungen darüber, wie oft ein seröses Exsudat tuberkulöser Natur sei; um dies festzustellen, genügt eine bakterioskopische Untersuchung allein nicht; massgebend ist hier nur der Tierversuch. Jeder mit exsudativer Pleuritis Aufgenommene wurde in der Regel während der ersten drei Tage probepunktirt und die Punktionsflüssigkeit unmittelbar darauf Meerschweinchen in die Bauchhöhle injicirt; die Tiere wurden nach etwa 6—8 Wochen getötet und ihre inneren Organe alsdann sorgfältig auf Tuberkulose untersucht. Wichtig ist es, eine nicht zu kleine Menge Pleuraexsudat zu verwenden, am besten nimmt man daher zur Probepunktion eine 15 ccm fassende Spritze. Das Resultat dieser sorgfältig durchgeführten Untersuchungen war ein überraschendes: es zeigte sich, dass nicht weniger wie zwei Dritteile (65,2 pCt.) aller Fälle von seröser Pleuritis tuberkulöser Natur waren. Ihren Ausgangspunkt nimmt diese tuberkulöse seröse Pleuritis wohl nur selten von verborgenen Herden in der Lunge, sondern wahrscheinlich meist von einer Tuberkulose der Bronchialdrüsen; doch kann auch die Pleura primär von Tuberkulose betroffen werden. Bei Stellung der Prognose einer einfachen serösen Pleuritis soll man daher äusserst vorsichtig sein und jeden geheilten Fall nur als eine vorläufige Heilung ansehen. Aehnlich wie bei der Pleura liegen wohl auch die Verhältnisse bei den Ergüssen der anderen serösen Häute (Pericardium, Peritoneum etc.)

K. Kronthal.

Grasset, De la transmission de la scarlatine. Annal. d'hyg. publ. et de méd. lég. 1895. S. 143.

Verf. fand ein scharlachkrankes Kind in einem ganz isolirt liegenden Landhause. In der ganzen Umgegend war seit Jahren keine Scharlacherkrankung vorgekommen, und die Möglichkeit, dass das Kind mit einem solchen Kranken in Berührung gekommen war erschien ganz ausgeschlossen. Weitere Nachforschungen ergaben, dass die 40 Kilometer entfernt wohnende Schwester des Patienten an Scharlach erkrankt war und dass die Pflegeeltern der letzteren in einen Brief — mit der Anzeige, dass das Kind wie eine Schlange sich häute — ein paar Hautlamellen als Probe eingelegt hatten.

Anknüpfend an diesen Fall, macht Verf. darauf aufmerksam, wie gefährlich von Scharlachkranken im Desquamationsstadium geschriebene Briefe dem Empfänger werden können. Was in dem mitgeteilten Falle absichtlich, geschieht gewiss oft genug unabsichtlich, dass nämlich Hautschuppen während des Schreibens auf das Briefpapier und mit diesem an den Adressaten gelangen. Eine solche Art der Infektion hat Sanné in einem Falle beobachtet.

Stadthagen.

O. Reinach, Zur Therapie der Sommerdiarrhoen im Säuglingsalter. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 18.

Monti und Epstein haben bei den schweren Verdauungsstörungen, speziell bei der Cholera infantum, subkutane Kochsalzinfusionen zur Hebung des Allgemeinbefindens mit günstigem Erfolge angewandt. Verf. hat den Versuch dahin erweitert, dass er statt des Kochsalzes steriles Serum den durch Sommerdiarrhoen in den Zustand von Collaps geratenen Säuglingen

einspritzte. Anfangs verwandte Verf. das Serum von Kühen, später Pferdeserum; injicirt wurden 10—20 ccm unter die Haut der seitlichen Thoraxpartien. Abgesehen von einem masernähnlichen Ausschlag von 2tägiger Dauer, der in einem Falle 14 Tage post injectionem entstand, waren unangenehme Nebenwirkungen örtlicher oder allgemeiner Natur nie aufgetreten. Behandelt wurden bisher mit diesen Injektionen 15 Kinder im Alter von 14 Tagen bis 9 Monaten, die alle den Eindruck hochgradigsten Collapses boten. Von den 15 Fällen sind 4 gestorben. Die Injektion erfolgte gewöhnlich am Abend; nach 3—4 Stunden war gewöhnlich noch keine Aenderung des Status zu bemerken. Am folgenden Morgen aber waren die Erscheinungen von Collaps bedeutend gebessert, die Collapstemperatur zur Norm zurückgekehrt, zweimal auf 38,5 gestigen. Bei einigen Kindern hielt die Besserung an, während bei anderen die Wirkung am Nachmittag des zweiten Tages verschwand, um nach einer erneuten Injektion wieder zu Tage zu treten. Stadthagen.

E. Schütz, Ueber die Bedeutung der äusseren Hernien in der Aetiologie gastrointestinaler Störungen. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 27.

Oefters bewirken kleine reponible Hernien, besonders wenn nicht passende Bruchbänder getragen werden, einen Symptomenkomplex, der sich etwa mit demjenigen bei der „Dyspepsie" deckt. Es werden dabei beobachtet: Störungen des Appetits, Trägheit des Stuhlganges, Flatulenz, Aufstossen, Brechreizung und als besonderes Merkzeichen öfter ein Heftigerwerden der Beschwerden nach längerem Herumgehen. In solchen chronischen Fällen soll man niemals versäumen, nach der Existenz eines Bruches zu forschen, nach dessen operativer oder sonstiger Behandlung häufig die Krankheit mit einem Schlage schwindet.

Ebenso wie die Inguinalhernien bewirken nicht selten die Brüche in der Linea alba Störungen im Gebiete des Verdauungsapparates. Man muss daher in allen Fällen, in denen es sich um ein „dunkles Magenleiden" handelt, die etwaige Existenz eines solchen Bruches in Betracht ziehen. Sch. beobachtete in einem Zeitraum von etwas mehr als 1 Jahre nicht weniger als 19 Kranke, bei denen die Störungen des Verdauungstractus lediglich durch das Vorhandensein eines Bruches in der Linea alba verursacht wurden. Was die Behandlung der letztgenannten Fälle anlangt, so sei hervorgehoben, dass eine Heilung mit Hülfe von Bandagen meist nicht möglich ist, dass man sich vielmehr stets zur Radikaloperation entschliessen muss. Verf. giebt nunmehr eine Uebersicht über die Entstehung, Diagnose und Behandlung der Hernien in der Linea alba. Endlich kommen bezüglich der Störungen im Verdauungsapparat auch die sog. lateralen Hernien in Betracht, d. h. Bauchdeckenbrüche, die nicht in der Linea alba, sondern seitlich von dieser liegen, und ebenso die Umbilicalhernien. Es muss deshalb in jedem Falle einer gastrointestinalen Erkrankung eine sorgfältige Untersuchung der typischen Bruchpforten vorgenommen werden, nur hüte man sich, bei gleichzeitigem Vorkommen von Bruch und Verdauungsstörungen jedesmal einen Zusammenhang beider mit Sicherheit anzunehmen.

C. Rosenthal.

Digitized by Google

M. Robson, A case in which the spinal cord of a rabbit was succesfully used as a graft in the median nerve of a man. Brit. med. journ. 1896, Oct. 31.

Nach einem Falle auf eine Sense war bei einem 29jährigen Gärtner eine schwere Lähmung und Atrophie der vom rechten N. ulnaris und medianns innervirten Muskeln eingetreten. Nach 7 Monaten wurden die auseinanderstehenden Enden des N. ulnaris durch Einfügung von Ischiadicnsstücken eines Kaninchens und die $2^1/_2$ Zoll von einander entfernten Medianusenden durch ein grösseres Stück aus dem Rückenmark desselben Kaninchens vereinigt. Nach etwa 15 Monaten war der Kranke wieder arbeitsfähig und zeigte weiter nach 5 Jahren (1896) eine vollkommene Heilung. Es bestand keine Atrophie, keine Lähmung, keine elektrische Erregbarkeitsveränderung mehr, nur der Abductor pollicis (brevis?) blieb gelähmt.

Verf. ist sich unklar darüber, ob das Rückenmarkstück in diesem Falle die Funktionen eines peripherischen Nerveu ausgeübt oder nur als Grnndlage resp. Material für den Neuaufbau des Nerven gedient hat.

(Vielleicht hat es nur die Rolle eines den nengebildeten Fasern den Weg weisenden indifferenten Zwischenstücks gespielt, wie Catgutfäden in ähnlichen Fällen. Ref.) Bernhardt.

---

1) **M. J. F. E. v. Oordt**, Beitrag zur Lehre von der apoplectiformen Bulbäranalyse, mit besonderer Berücksichtigung der Schlinglähmung und der Hemianästhesie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1896. VII. (3/4.)

2) **R. Cassirer** und **A. Schiff**, Beiträge zur Pathologie der chronischen Bulbärerkrankungen. Arbeiten aus Obersteiner's Institut 1896. (4.) 143 S.

1) In dem mitgeteilten Falle erkrankte ein 73jähr. Mann vor kurzem mit reissenden Schmerzen im rechten Bein und Schleudern dieses Fusses beim Gehen. Nach einem plötzlichen Schwindelanfall hinkte er links, hatte Schluckbeschwerden, näselnde Sprache, Gaumensegellähmnng, Parese der rechten Zungen- und Gesichtshälfte, rechtsseitige Pupillenerweiterung, völlige Lähmung der Schlingmusknlatur, Hemianästhesie der rechten Körperhälfte, heftige Schmerzen und Parästhesien erst im linken, daun anch im rechten Bein, marantische Thrombose der rechten Vena iliaca. Der Tod trat nach 3 Monaten an Inanition ein. Die Sektion und die mikroskopische Untersuchnng erwiesen in der Med. oblongata neben allgemeiner Arteriosklerose einen linksseitigen Erweichungsherd mit Läsion der lateralen Formatio reticularis, der Kleinhirnseitenstrangbahn und des Fascic. anterolateralis, des ventralen motorischen und in geringerem Grade des sensiblen dorsalen Vaguskerns, der aufsteigenden Quintnswurzel, der centralen Haubenbahn, der linken Nebenolive, des linken Hypoglossuskerns u. s. w. Anch sind andere Teile durch reaktive Entzündung nnd Zellwucherung in Mitleidenschaft gezogen wordeu. — Im Rückenmark fand sich eine Degeneration der hinteren Wurzeln des Conus terminalis und aufsteigende Degeneration der Burdach'schen und Goll'schen Stränge. Von allen Symptomen traten in dem beschriebenen Falle als dauernde nach apoplectiformem Einsetzen hervor: die Gaumensegelschlinglähmung und die Hemianästhesie. Eine Vergleichung aller Fälle von Schlinglähmung bei ein-

seititiger Erkrankung der Med. oblongata führt zu dem Resultat, dass der Schwerpunkt für die geregelte Auslösung des Schluckaktes in die Gegend des motorischen Vaguskernes verlegt werden muss; die Verletzung desselben auch nur auf einer Seite ruft Schlingunmöglichkeit hervor durch Aufhebung des Reflexcentrums derselben Seite und des coordinatorischen Centrums für die andere Seite. Was die Hemianästhesie bei Ohlongataherden anhetrifft, so werden die Befunde von SENATOR und GOLDSCHEIDER hestätigt, nach denen die Bahnen für Muskelsinn und Coordination in der gekreuzten Olivenzwischenschicht resp. in der medialen Schleife verlaufen, während die Bahnen für die kntane Sensibilität in der gekreuzten Formatio reticularis gelegen sind. Die Bahnen für das Tastgefühl dürften noch am meisten medial in der Formatio reticnlaris gelegen sein. Die centrale sensible Trigeminusbahn steht in der Oblongata mit den sensiblen Bahnen der anderen Nerven in naher Beziehung. — Diagnostisch wichtig für die Med. ohlongata-Affektioneu ist, dass der Thromhose der Art. cerehelli inf. post. oder einem Herde in ihrem Bezirke ein charakteristisches Symptomenhild entspricht: die Vereinigung bulhärer Erscheinungen, Schlinglähmung, Dysarthrie, Läsion der IX. his XI. Nerven mit Störungen der gekreuzten, meist nur kutanen Sensibilität unter Mitheteilignng des gleichseitigen oder gekreuzten sensihlen Trigeminus, der sich häufig Schwindel nach einer Seite zugesellt. Im Rückenmark handelte es sich im Wesentlichen um eine Wurzelneuritis auf arteriosklerotischer Basis mit sekundärer Hinterstrangdegeneration. S. Kalischer.

2) Vier Beobachtungen mit sehr genauer anatomischer Dnrchforschung des Sektionsmaterials bilden den Kern der vorliegenden Arheit. Es handelt sich nm 3 tahische Kranke und einen Alkoholiker, hei denen die verschiedenartigsten Erkrankungen im Bereich des Mittel- und Nachhirns gefunden wurden. Im Vordergrunde des klinischen Bildes stand meist die Ophthalmoplegie. In sehr ühersichtlicher Form stellen die Verff. ihre Befunde für die einzelnen Hirnnerven zusammen und vergleichen sie mit den in der Litteratnr niedergelegten Angahen. Aus ihren Schlussfolgerungen seien nur einige hervorgehoben: z. B. dass die vorderen Kerne incl. des Westphal-Edinger'schen gar nicht zum Nucl. III gehören, dass in den vorderen Kerngruppen anch nicht das Centrum für die Pupillenbewegungen gelegen ist; dass in dem Nucl. III ein Centrum für den ohereu Facialis nicht anzunehmen sei; dass der Nucl. IV die in das hintere Längshündel eingelagerten Zellen seien; dass der Uebergang des Nucl. IV in den Nucl. III ein wechselnder sei und dass heide oft von einer zellarmen Gewehsstrecke getrennt würden. Nucl. IX und X gehen distal in einander über. Die spinale Wurzel des Nucl. V hat Beziehnngen znr Sensibilität des Gesichts und auf ihrem Querschnitt besteht eine distinkte Verteilung der Fasern für einzelne Aeste des Nerven. Die spinale Wurzel des N. IX hat weder zur Respiration, noch, wie es scheint, zur Geschmacksempfindung und zur Sensibilität des Kehlkopfes irgendwelche Beziehungen. Ein Büudel feiner Fasern dieser Wurzel, welches anatomisch (auch physiologisch?) davon zu trennen ist, trenut sich heim Umhiegen von der Wurzel ah und läuft cerebralwärts weiter. M. Brasch.

Lukasiewicz, Ueber Xeroderma pigmentosum (Kaposi). Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXIII. S. 37.

Der vom Verf. mitgeteilte Fall betraf einen $3^1/_2$ Jahre alten Knaben, bei dem die Krankheit im 5. Lebensmonat in der gewöhnlichen Weise damit begonnen hatte, dass sich, so oft das Kind ins Freie gebracht wurde, unter dem Einflusse des Sonnenlichtes im Gesicht, am Halse und Nacken, an den den Handrücken und unteren Dritteln der Vorderarme ein Erythem entwickelte, das nach einigen Tagen unter leichter Desquamation wieder abheilte. Im 10. Monate hatten diese immer wiederkehrenden Hautveränderungen zu einer Art chronischem Eczem geführt und im zweiten Lebensjahre traten dann an den genannten Partien die bekannten sommersprossenartigen Pigmentirungen, die Hautatrophien und warzenartigen Bildungen auf, welch' letztere sich in diesem, offenbar besonders bösartigen Falle schon im dritten Lebensjahre in Carcinome umzuwandeln begannen. Dagegen fehlten die sonst gewöhnlich beim Xeroderma pigmentosum vorhandenen Teleangiectasien. Die Eltern und 3 ältere Geschwister des Pat. wiesen keine Hautanomalien auf, doch zeigte ein nach ihm geborenes Kind im 9. Lebensmonat bereits die Anfangserscheinungen derselben Krankheit.

Der ausführliche Bericht über den mikroskopischen Hautbefund muss im Original nachgelesen werden. H. Müller.

S. Ehrmann, Zur Therapie der periurethralen Abscesse und der Prostatitis blenorrhoica. Wien. med. Presse 1895, No. 48 u. 49.

Verf. wendet bei den genannten Komplikationen des Trippers seiner antibakteriellen Eigenschaften wegen mit Vorliebe das Ichtbyol an. So lange sich bei den periurethralen Abscessen das Infiltrat auf die Umgebung der Harnröhre beschränkt, lässt er Urethralsuppositorien mit 0,02 Ichthyol einlegen, greift es auf die Haut über, so pinselt er eine Mischung von gleichen Teilen Ichtbyol, Glycerin und Wasser auf oder applicirt eine Ichthyolsalbe und befestigt darüber eine dünne Wattelage und Gummipapier mit einer Mullbinde. Kommt es hierbei nicht zur Resorption des Infiltrats, so wird doch die eitrige Schmelzung beschleunigt. Bei eintretender Fluctuation muss natürlich incidirt werden, für den nachfolgenden Verband benutzt E. statt des Jodoforms ebenfalls lieber Ichthyol, weil dieses nicht nur die Granulation, sondern auch die Rückbildung des Infiltrates befördert. Bei der Entzündung der Prostata bewährten sich namentlich Mastdarmsuppositorien mit Ichthyol. Zeigt sich Tendenz zur Suppuration, so ist der Mastdarmkübler anzuwenden, umfangreichere Vereiterung erfordert Incision vom Perineum aus unter Ablösung des Mastdarms nach Dittel.

H. Müller.

E. Heuss, Lymphangioma circumscriptum cysticum. Monathefte f. prakt. Dermat. XXIII. No. 1.

Die 24jähr. Patientin hatte im Alter von 10 Jahren im Anschluss an Masern ein zu Fistelbildung führendes rechtsseitiges Hüftgelenksleiden bekommen. Später litt sie an häufigen, den rechten Oberschenkel und die Genitalgegend betreffenden erysipelatoiden Anfällen, die Labia majora

Digitized by Google

schwollen etwas an nnd in den letzten Jahren hatten sich, zuerst in der Umgebung in der Fistel, dann auf den grossen Labien bis in die Analgegend und auf den Mons Veneris äusserst zahlreiche stecknadelkopf- bis linsengrosse, bläschenförmige und warzenartige Efflorescenzen gebildet; in vereinzelten kleinen Gruppen fanden sie sich anch auf dem rechten Oberschenkel. Die Bläschen fühlten sich prall elastisch an und ihr Inhalt liess sich auch durch längeren Druck nur in geringem Grade verdrängen. Beim Anstechen entleerten sie in spärlicher Menge eine fast klare, etwas klebrige Flüssigkeit. Die histologische Untersuchung der keilförmig excidirten grossen Labien bestätigte die klinische Diagnose eines Lymphangioms, es handelte sich um eine sämmtliche Hautschichten betreffende Erweiterung nnd Neubildung von Lymphgefässen. H. Müller.

O. Beuttner, Zur Frage der Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge. Arch. f. Gyn. XLVIII. (2.) S. 269.

In der vorliegenden Arbeit tritt der Verf. für das P. Müller'sche Verfahren znr Einleitung der künstlichen Frühgeburt ein, welcher, wie bekannt, von der Möglichkeit des Einpressens des künstlichen Schädels ins Becken sowohl die Einleitung der künstlichen Frühgeburt, sowie den Zeitpunkt derselben abhängig machte. Er gieht diesem Verfahren hei weitem den Vorzng vor dem Ahlfeld'schen, welcher durch Messungen der Fruchtaxenlänge Schlüsse auf die Grösse des kindlichen Schädels machte.

Er teilt im Ganzen 21 Fälle mit. Von diesen starben 2 Mütter, eine an Ruptura nteri, die andere an Sepsis. Von den 21 Kindern, welche durch künstliche Frühgeburt znr Welt kamen, starben 6, von den übrigen 15 lebend geborenen starben noch 2. Es wurden lebend entlassen 13, d. h. 61,95 pCt.

Die Frühgeburt wnrde mittelst Bougies eingeleitet, vorher die Vagina mit einer 1,0 : 4000,0 Sublimatlösung ausgespült. War ein intrauteriner Eingriff notwendig, so wurde eine 1,0 : 2000,0 intrauterine Sublimateinspritzung gemacht.

B. kommt zn folgendem Resumé:

1. Die künstliche Frühgebnrt ist eine der segensreichsten Operationen.
2. Zwischen Erst- und Mehrgebährenden darf kein Unterschied gemacht werden. Dio Anamnese in Betreff der früher verlaufenen Geburten spielt eine sehr untergeordnete Rolle.
3. Eine Conj. vera von 10 cm ist keine Kontraindikation zur Frühgeburtseinleitung.
4. Bei der Entscheidung, ob die künstliche Frühgeburt einzuleiten ist oder nicht, handelt es sich meist um ein geringes Missverhältnis von Kopf und Becken.
5. Das einzig zuverlässige Verfahren, anch ein geringes Missverhältniss von Kopf zum Becken zu erkennen, ist das von P. Müller angegebene.
6. Die künstliche Frügehurt soll eingeleitet werden, wenn der Kopf mit seiner grössten Circumferenz eben noch den Beckeneingang bei starkem Druck passirt.

7. Die Fehling'sche Ansicht, wonach bei den niedrigen Graden der Beckenverengerung die spontane Geburt bessere Resultate giebt, besteht nicht zu Recht.

8. Das Wochenbett wird durch die Einleitung der Frühgeburt nicht ungünstig beeinflusst. W. Schülein.

P. Dalché, Note sur un laveur pour irrigations vaginales continues. Bull. thérap. 1896, 15. April.

Der kleine Apparat zur permanenten Irrigation der Scheide besteht aus einer Gummischeibe, die, in die Scheide eingelegt, dieselbe abschliesst; die Scheibe hat 2 Löcher, durch das obere geht das zuführende, durch das untere das abführende Rohr. Ein Gefäss, $^1/_2$—1 m über dem Bette, führt das Wasser zu. Das Abflussrohr muss über den Schenkel geleitet werden, damit in der Scheide das Wasser überallhin dringen kann. Vermittelst dieses Apparates lassen sich in bequemer Lage der Pat. Irrigationen von beliebiger Dauer machen.

Verf. giebt 3 Krankengeschichten, wo er täglich 1 Stunde dauernde Irrigationen von heissem Wasser mit gutem Erfolge anwandte: 1. bei akuter Salpingitisis und chronischer Metritis; 2. bei doppelseitiger gonorrhoischer Salpingitis; 3. bei doppelseitiger Salpingitis mit periuteriner Phlegmone. A. Martin.

G. Beck, Ein Fall von Schwangerschaft bei undurchbohrtem Hymen. Prager med. Wochenschr. 1895, No. 32.

B. beobachtete eine Frau, deren Introitus vaginae durch eine Membran, welche in der Mitte der unteren Hälfte nur eine für einen Sondenknopf durchgängige Oeffnung besass, verschlossen war. Obwohl der phthisische Ehemann den Coitus nur an der Vulva ausgeführt und niemals die Immissio penis ermöglicht hatte, war Schwangerschaft eingetreten. Bei der Geburt spannte sich der Hymen über dem vorangehenden Schädel an und wurde, da er nicht einriss, kreuzweise eingeschnitten, worauf die Geburt leicht von statten ging. A. Martin.

G. B. Massey, Electricity in gynecology at the Howard Hospital. The med. and surg. rep. 1896, Sep. 26.

Verf. will mit dem elektrischen Strom bei 30 Fällen von Fibroid des Uterus die Beschwerden im Wesentlichen beseitigt haben. 22 von diesen Fällen waren relativ oder vollständig erfolgreich. Chron. Metritis, Perimetritis, Oophoritis zeigten befriedigende Erfolge, ebenso die Behandlung der Neurosen nach Entfernung von Geschwülsten, resp. der erkrankten Eierstöcke. Ein solcher Fall zeigte vollständige Heilung, 3 Besserung, 4 blieben unbeeinflusst. Verf. will einen Fall von beginnendem Brustkrebs geheilt haben, 2 Fälle von Portiocarcinom wurden zeitweilig gebessert, 1 blieb unbeeinflusst. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr M. Bernhardt (Berlin W. Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 6. März. No. 10.

Inhalt: Morgenstern, Innervation des Zahnbeins. — Szabó, Zur Histologie der Milchdrüse. — Hamburger, Ueber die Resorption im Dünndarm. — Winternitz, Einfluss des Alters auf die Zusammensetzung des Blutes. — Basch, Zur Kenntnis des Caseïns. — Ulrich, Ueber Tyrosin im menschlichen Harn. — Manasse, Zur Histologie der Nierengeschwülste. — Anderson, Denver, Alberti, Schmit, Schnitzler, Fischer, Ueber Hernien und ihre Behandlung. — Gelpke, Ueber den epidemischen Schwellungskatarrh der Conjunctiva. — Politzer, Traumatische Labyrinthläsion und Menière'sche Symptome. — M'Bride, Ueber Pulsationen im Pharynx. — Grünwald, Behandlung der Angina phlegmonosa. — Schierbeck, Einfluss der Kohlensäure auf Diphtheriebacillen. — Vaughan und Perkins, Ursache von Eis- und Käsevergiftung. — Zinn und Jacoby, Vorkommen von Anchylostomum bei Negern. — Rudaux, Empyem des Sinus maxillaris beim Säugling. — Littauer, Traumatische Entstehung von Careinom. — Gibson, Ueber fieberhafte Endocarditis bei alten Leuten. — Destot, Lähmung im Bereich des Ulnaris beim Radfahren. — Pandi, Ueber halbseitiges Gesichtsschwitzen. — Vaughan, Muret, Beteiligung des Nervensystems bei Frauenkrankheiten. — Aquila, Fall von extragenitaler Tripperinfektion. — Eger, Zur Kenntnis der Muskelgummata. — Marcuse, Dermatitis durch Röntgen-Strahlen. — Kessler, Fabricius, Ueber Myome und Fibrome des Uterus und deren Behandlung.

M. Morgenstern, Ueber die Innervation des Zahnbeines. Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abteil. 1896. S. 378.

Diese sehr beachtenswerte Arbeit dürfte Aufschluss über die seit langem gesuchten Nerven des Zahnbeins geben. Verf. gelangte zu seinen Resultaten mittelst der Methoden von Bethe und v. Nikiforoff, sowie namentlich der Chromsilberimprägnation nach Golgi. Entsprechend der Härte und Eigenart des zu untersuchenden Gewebes musste eine besondere Technik platzgreifen (vergl. hierüber Orig.). Zur Untersuchung gelangten Zähne vom Menschen und einer grossen Anzahl von Säugetieren, sowie solche von Reptilien und vom Hecht. Die Ergebnisse sind kurz folgende:

Von dem die Pulpa erfüllenden System von Nerven ziehen überall dichte Parallelzüge von Nervenfibrillen zwischen die Odontoblasten und verästeln sich hier intercellulär. Diese Nervenfasern sind bis zum peri-

pheren Saume der Odontoblasten gut sichtbar, weiterhin aber kann man wegen der Durchtränkung der Zellen mit dentinogener Suhstanz und Kalksalz — also aus rein optischen Gründen — morphologische Bestandtheile dieser Schicht und somit auch das Durchtreten der Nervenfihrillen in das Zahnbein nicht erkennen. Und dennoch ist dies letztere in allen seinen Teilen innervirt. Seine Nerven verlaufen entweder in den Dentinkanälchen (intratuhulär) oder zwischen denselben (intertuhnlär) in der Zahnbeingrundsuhstanz. Auch kaun eine intertuhuläre Nervenfaser intratuhulär weiter verlaufen. Ihre Richtung ist entweder zusammenfallend mit derjenigen der Dentinkanälchen (radiäres System) oder parallel zur Längsaxe des Zahnes (axiales System). Dahei verlaufen sie nicht in einer Ebene, sondern vielfach gehogen, verästeln sich oft dichotomisch oder hanmartig. Die intratuhulären erreichen die Schmelz- hezw. Cementgrenze, die intertuhulären sind kürzer. Durch Anastomosen der „radiären" und „axialen" Fasern entsteht in der Wurzel ein weitmaschiger Nervenplexus, ein zweiter feinerer (moosartiger) Plexus findet sich dicht unter dem Schmelz in der Grannlärschicht. Die Nervenfihrillen endigen, nachdem sie oft pinselförmig ausstrahlen, anscheinend frei. Mittelst Färbung nach v. GIESON oder mit Thionin nach Fixirung in Sublimat-Alkohol und Entkalkung nach v. EBNER konnte Verf. in deu Dentinkanälchen von jungen menschlichen Zähnen und von Unterkieferzähnen ganz junger Hechte Kerne nachweisen, die er als Beweis für das Vorhandensein von Endothelzellen in der Neumann'schen Scheide und vou Ranvier'schen Zellen ansieht. Letztere sollen die Ernährnngscentren für die Nervenfasern sein. Somit fiele den Dentinröhrchen die Rolle von Behältern für Saftgänge zu. Die Neumann'schen Scheiden stellen diese letzteren dar und hahen die Bedeutung von lymphatischen Gängen, wie aus dem Vorhandenscin von Endothelzellen in deren Wandungen hervorgeht. (Weitere ausführliche Untersuchungen müssen die Richtigkeit dieser Behauptungen erst des Weiteren erweisen. Ref.)

Mittelst anderer Methoden untersnchte Vf. die Innervation der Schmelz-Zahnbeingrenzschicht. Die Oberfläche des Zahnheins enthält ehenfalls ein Nervengeflecht, das als hesonderes System aufzufassen ist. Zwischen Zahnbein einerseits und Schmelz und Cement anderseits befindet sich ein vollständiges Kanalsystem, welches das Zahnhein hlattartig umhüllt. Seine Hauptkanälchen entspringen im Wurzelteile und teilen sich nach dem Schmelz zu mehr und mehr, his sie sich in einen feinen capillären Plexns auflösen. In diesen Kanälchen liegen die Nervenfaseru. Sie anastomosiren mit den Nervenfasern der Dentinkanälchen. Auch gehen von den Kanälchen Spalträume (Saftgänge) allenthalhen in den Schmelz hinein. Die Endigungen der zuletzt erwähnten Nervenfasern treten mit den intradentalen Nerven zu dem oben erwänten „moosartigen" Plexus zusammen oder endigen frei in eigentümlichen, noch näher zu untersuchenden Körperchen. Im Innern des Schmelzes selhst finden sich noch zahlreiche feinste Nervenfasern, die von den intradentaleu Nerven herkommen und die Schmelz-Zahnheinschicht durchhrochen hahen. Brühl.

J. Szabó, Die Milchdrüse im Ruhezustande und während ihrer Thätigkeit. Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abteil. 1896, S. 352.

Verf. untersuchte die Milchdrüsen von Meerschweinchen nach Fixirung in Chromosminmessigsäure und Färbung mit Magentarot. Das Epithel ist stets in allen Stadien der Drüsentbätigkeit einschichtig. Gegenteilige Bilder beruhen darauf, dass die Drüsenalveolen mitunter tangential angeschnitten werden.

Während der Schwangerscbaft vergrössern sich die Drüsenbläschen auf Kosten des Bindegewebes und des Fettes sehr stark. Man findet dann in ihrem einschichtigen Epithel masseuhafte Karyokinesen, ebenso noch am 1. bis 3. Tage nach der Geburt, d. h. zu einer Zeit, da die normale Lactation nocb nicht im Gange ist. Im Lumen der Drüse siebt mau dann schon Sekret, das jedoch viele Plasmabröckel, Kernteile und ganze Zellen aufweist. Diese letzteren sind im ersten Sekret unter dem Namen Colostrumkörperchen bekannt; sie sind mechanisch infolge der übermässigen Proliferation abgestossen. Vom 4. Tage an findet man in der Drüse nicbt eine einzige Mitose während der späteren Sekretion, so dass der Scbluss gerechtfertigt ist, dass die Zellen zur dauernden Absondernng fäbig sind und nicbt nach ein- oder zweimaliger Fettbildung zu Grunde gehen. Dieses Fett wird in dem dem Lumen zugekebrten Teile der Drüsenzelle gebildet. Je nach dem Sekretionsstadium zeigen die Drüsenepitbelien dabei, insbesondere an den Kernen, besondere Merkmale, worüber das Original zu vergleichen ist. Brühl.

H. J. Hamburger, Ueber den Einfluss des intraintestinalen Druckes auf die Resorption im Dünndarm. (IV. Beitrag zur Kenntnis der Resorption.) Arch. f. Physiol. 1896. S. 428.

Verf. hatte schon früher die überraschende Beobachtung gemeldet, dass die Resorption von Salz und Eiweisslösungen, die in den Darm toter Tiere eingefüllt werden, sich genau so vollzieht, wie am lebenden nach Heidenhain's Untersuchungen. Sowohl aus einer hyperisotonischeu (über 1proc.) als bypisotonischen wässerigen NaCl-Lösung wurden erhebliche Mengen von Wasser und NaCl resorbirt, wobei in ersterem Falle die Concentration der in den Darm eingefüllten Lösung abnahm, im zweiten Falle zunahm. Ferner gelangte Pferde- und Hundeblutserum, obwohl isotonisch, zur Resorption unter stetiger Concentrationszunabme des Eiweissgehaltes des eingefüllten Serums.

Dass die Darmresorption ein physikalischer Vorgang ist, dafür spreche deren Abhängigkeit von der Grösse des intraintestinalen Druckes. Um die mit Erhöhung des letzteren zu stande kommende Dehnung der Darmwand und damit Vergrösserung der resorbirenden Schleimbautfläcbe zu vermeiden, umgab Verf. die zum Versuch benutzte Darmschlinge mit einem festen Rohr aus Holz, das annäbernd wie die Schlinge gekrümmt war (vergl. Orig.), und füllte die Schlinge mit isotonischer NaCl-Lösung, deren Niveau durch stetes Nacbgiessen möglichst konstant erbalteu wurde. Dabei blieb mehrere Stunden lang die Resorptionsgrösse annähernd konstant: in 15 Minuten wurden 6—10 ccm NaCl-Lösung resorbirt. Als nun der Druck gesteigert wurde, stieg die Resorptionsgrösse ziemlicb proportional an, so z. B. bei

Digitized by Google

Erhöhung des Druckes von 3 auf 14 cm auf mehr als das Doppelte. Auch bei Steigerung des intraintestinalen Druckes durch Lufteinblasung in die geschlossene Bauchhöhle (meist unter gleichzeitiger Aufblähung des Mastdarmes durch Luft) nahm die Resorption entsprechend zu. Wurde nun durch eine sinnreiche Versuchsanordnung (vergl. Orig.) der intensivste Druck auf 0 herabgesetzt, bezw. negativ gemacht, so wurde die Darmresorption gänzlich sistirt. Es sei nicht einzusehen, warum unter diesen Bedingungen die physiologischen „vitalen" Kräfte lahmgelegt werden,

Verf. stellt sich die Resorption aus dem Darm etwa so vor: Die Flüssigkeit des Darminhaltes tritt auf dem Wege der Imbibition in oder zwischen die Epithelschleimhaut ein, gelangt weiter in die Saftkanälchen bezw. Blutcapillaren, von deren cirkulirendem Flüssigkeitsstrom sie fortgeführt wird. (Dabei ist nur nicht zu verstehen, wie bei sistirtem Blut- und Lymphstrom am toten Tiere diese Fortführung zu stande kommen soll. Ref.) Indem die imbibirte Flüssigkeit in die Lymph- und Blutcapillaren weitergeführt wird, müsse immer neue Flüssigkeit nachrücken, und zwar um so schneller, je grösser die Geschwindigkeit der Lymph- resp. Blutströmung ist. Ein zweites Moment für die Triebkraft gebe der intra intestinale Druck ab, der rhythmisch gesteigert wird einmal durch die Atembewegungen, dann durch die peristaltischen Bewegungen der Därme; auch die Schwere der Eingeweide komme in dieser Hinsicht in Betracht. Wegen vieler Einzelheiten vergl. Orig. I. Munk.

H. Winternitz, Untersuchungen über das Blut neugeborener Tiere. Zeitschrift f. physiol. Chem. XXII. S. 449.

I. Der Hämoglobingehalt und Trockenrückstand im Blute neugeborener Hunde, Katzen und Kaninchen. Unmittelbar nach der Geburt ist der Hämoglobingehalt des Blutes von Hunden — auf colorimetrischem Wege unter Anwendung der Hoppe-Seyler'schen Doppelpipette bestimmt — am höchsten: er betrug im Maximum 20,60 pCt. gegenüber 12,35 pCt. im mütterlichen Blut. Er sinkt dann allmählich, jedoch mit manchen individuellen Schwankungen ab bis auf ein bei einem Tiere beobachtetes Minimum von 8,91 pCt. nach 3 Wochen, jedoch hatte dieses Tier auch nach 2 Tagen nur 14,0 pCt., während sonst die Werte um diese Zeit noch erheblich höher sind. Die Bestimmung des Trockenrückstandes im Blut dieser Tiere ergab, dass auch die Trockensubstanz durchaus parallel abnimmt, so dass das Verhältnis von Hämoglobin zu Wasser ganz regelmässig zunimmt von 1 : 3,77 bis 1 : 9,00. Die Abnahme des Hämoglobins wird indessen durch die Wasserzunahme allein nicht ausreichend erklärt, vielmehr müssen noch andere Momente wirksam sein, als welche Zerfall der roten Blutkörperchen und Zunahme der festen Bestandteile im Plasma in Betracht kommen. In Hundeföten fand sich zwar auch der Hämoglobingehalt gesteigert, indessen durchaus nicht in demselben Grade, so dass man annehmen muss, dass die Steigerung des Hämoglobingehaltes erst in der allerletzten Zeit der Schwangerschaft statt hat und dass der Geburtsakt resp. das Einsetzen der Atmung eine weitere Steigerung bedingen. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei Katzen, bei denen allerdings die

Unterschiede nicht so gross sind, dagegen erwies sich das Blut neugeborener Kaninchen nicht erheblich reicher an Hämoglobin, als das mütterliche Blut.

II. Ueber die Gesammthämoglobin- und Blutmenge neugeborener Hunde. Von grösserem Interesse, als die Bestimmung des procentualen Hämoglobingehaltes ist die Gesammtquantität des Hämoglobins bezogen auf das Körpergewicht. Vf. benutzt zur Bestimmung des Gesammtblutgehaltes im Wesentlichen die Welcker'sche Methode. Zum Auslaugen des zerhackten Körpers diente schwach alkalisirtes Wasser (auf 1 Liter 10 ccm Zehntelnormallauge), dasselbe löst die roten Blutkörperchen besser auf, verhindert die Bildung von Methämoglobin und giebt leichter klare Lösungen, wie sie zur colorimetrischen Bestimmung des Hämoglobingehaltes erforderlich sind. Die Blutwässer, sowie die Vergleichshämoglobinlösung waren mit Kohlenoxyd gesättigt. Die Bestimmungen ergaben mit Sicherheit, dass das neugeborene Tier sehr viel mehr Hämoglobin enthält: so ergab sich für 100 g nach 12 Stunden 1,05 g Hämoglobin, dagegen für ein 10 Tage altes Junge desselben Wurfes nur 0,650 g. Das Verhältnis von Hämoglobin zum Körpergewicht betrug bei neugeborenen Tieren 1 : 94—74—79, dagegen bei einige Tage bis 3 Wochen alten 1 : 117—166. Eine Erklärung für die schnelle Abnahme des Hämoglobingehaltes kann nur darin gefunden werden, dass die enorme Steigerung der Oxydationsprozesse nach der Geburt einen vermehrten Zerfall roter Blutkörperchen bewirkt, bezw. bewirkt, dass mehr Blutkörperchen zu Grunde gehen, als in der gleichen Zeit neu gebildet werden. Auch bei älteren Hunden findet sich, wie Verf. aus der Litteratur nachweist, nie mehr ein so hoher Hämoglobingehalt für die Körpergewichtseinheit, wie nach der Geburt. E. Salkowski.

K. Basch, Die Entstehung und der Abbau des Caseins im Körper. Prag. med. Wochenschr. 1896, No. 29.

Vf. stellte zunächst mikroskopische Untersuchungen der blossgelegten und durch Faradisation zu erhöhter Thätigkeit gebrachten Milchdrüsen säugender Meerschweinchen an. Er fand im Alveolarinhalte grössere und kleinere körnige Gebilde, die er als Kernfragmente der Drüsenepithelien auffasst und mit der Caseinbildung in Zusammenhang bringt. Es wäre möglich, dass die aus den Kernen frei gewordene Nucleinsäure sich mit dem ins Drüseninnere transsudirten Serum zu einem Nucleoalbumin (gleich Casein) verbindet. Er stellte deshalb die Nucleinsäure der Milchdrüse aus Kuheuter dar. Sie ist ein weisses, beim Trocknen rötlich-gelb werdendes Pulver mit 4,5 pCt. P und 13,4 pCt. N-Gehalt. Sie fällt Eier- und Serumalbumin in saurer Lösung, mit Serumglobulin giebt sie eine Trübung. Mit einem Gemisch von Albumin und Globulin giebt sie einen grösseren Niederschlag, als mit Albumin allein. Die Niederschläge verhalten sich chemisch wie Nucleoalbumine; der aus Albumin und Globulin erhaltene hat annähernd den P-Gehalt des Caseins (0,9 pCt.). Mit Kalksalzen zusammengebracht, geben sie — ohne Mitwirkung von Labferment — Niederschläge, verhalten sich also nicht eigentlich wie Casein, sondern wie sog. Paracasein.

Nucleinsäure aus Milchdrüsen, mit Chlorcalciumlösung versetzt, bringt Casein zur Gerinnung, nicht dagegen die aus Pankreas oder Schilddrüse dargestellte. Auf Grund seiner Versuche zählt Verf. die Nucleinsäure zu den Muttersubstanzen des Caseins. Er versuchte nun umgekehrt durch Zerlegung des Caseins Nucleinsäure zu erhalten. Mittelst Pepsin-Salzsäure-Verdauung gelang es ihm, einen Körper zu erhalten ähnlich dem früher schon aus Casein erhaltenen „Dyspepton" und „Pseudonuclein". Er enthält 2,4—2,6 pCt. P. Mit Serumalbumin oder -Globulin giebt er Niederschläge, die entstehende Verbindung hat 1,8—1,9 pCt. P-Gehalt, also viel mehr als Casein. Setzt man das aus Casein entstandene Dyspepton oder Casein selbst der Trypsinverdauung (analog der Darmverdauung im Körper) aus, so wird es vollkommen, ohne Nucleinrest verdaut. A. Loewy.

Chr. Ulrich, Ueber Tyrosin im menschlichen Harn, nebst einem neuen Nachweis des Tyrosins. Nordiskt Med. Ark. 1896, No. 11. (3.)

Tyrosin findet sich nach Verf. in jedem normalen menschlichen Urin, und zwar nie unter 2 pM. Am meisten wurde am Vormittag ausgeschieden, ohne dass jedoch eine Beziehung zu Mahlzeiten oder Körperbewegungen erkennbar gewesen wäre. In den Faeces findet sich der Körper nicht. Entsprechend dem Vorkommen im physiologischen Harn gelang der Nachweis des Tyrosins auch bei einer grösseren Anzahl von Krankheiten. Seine Menge hielt sich dabei meist in normalen Grenzen. Am meisten wurde in einem Falle von Enteritis chronica gefunden (4 pM.); Leberkrankheiten beeinflussten die Ausscheidung dieses Körpers gar nicht. Beim Diabetes mellitus hingegen fehlte das Tyrosin in einer Anzahl von Fällen gänzlich. Da es im Darme durch Einwirkung des Pankreassekrets auf die Eiweisskörper entsteht, würde dieses Fehlen für die „pankreatische Form" des Diabetes sprechen, zumal in einem Falle nach dem Verschwinden des Zuckers wieder Tyrosin im Harn auftrat. In stark ammoniakalischem Urin misslang der Nachweis dieses Körpers ebenfalls.

Zufällig fand Verf. bei seinen Untersuchungen, dass Tyrosin sehr leicht sublimirbar sei. Er benutzte diese Eigenschaft bei seinen Untersuchungen zum Nachweis, indem er das Filtrat des mit basisch-essigsaurem Bleioxyd und Schwefelwasserstoff behandelten Urins vor dem Eindampfen mit einem Glastrichter bedeckte (?) und die auf diesem sich abscheidenden Krystalle mikroskopisch oder chemisch (mit Millon's Reagens, mit Salpetersäure oder nach Piria) untersuchte. Brühl.

P. Manasse, Zur Histologie und Histogenese der primären Nierengeschwülste. Virchow's Archiv. Bd. 145. S. 113. (Schluss von Bd. 143. S. 323.)

Verf. bespricht in diesem letzten Abschnitt seiner ausführlichen Untersuchungen über die primären Nierengeschwülste die von heterologen Keimen ausgehenden Formen derselben, die aus aberrirten Nebennierenkeimen entstandenen und die Rhabdomyome. Er betont zunächst, dass es an den ausgebildeten Geschwülsten oft schwer zu entscheiden ist, ob es sich um Adenome

und Endotheliome der Niere oder um von versprengten Nebennierenkeimen stammende Geschwülste handelt. Nur Bilder von möglichst jungen Teilen des Tumors können die Diagnose ermöglichen.

Verf. beschreibt zunächst einen kleinen fetthaltigen, in der Nierenrinde gelegenen Tumor, dessen Struktur völlig der der Nebenniere gleicht, dann eine als Typus der Struma accessoria anzusprechende Geschwulst, die am oberen Pol der Niere unter der Kapsel gelegen war, von starkem Fettgehalt. Mikroskopisch war die Aehnlichkeit mit der Nebennierenrinde an vielen Stellen frappant, an anderen war es zur Bildung grösserer Kolben gekommen. Dieser Tumor gleicht völlig einer primären gutartigen Nebennierengeschwulst. Besonders bemerkenswerth ist der auffallend starke Glycogengehalt der Geschwulstzellen. Bei weiterer Entwicklung dieser Geschwülste kommt es zur Vergrösserung der Tumorzellen und zur Bildung von Riesenzellen. Verf. berichtet über 2 derartige Tumoren, die an vielen Stellen zwar den Typus des Nebennierenadenoms bewahren, an anderen Stellen aber zu grösseren Kolben mit zahlreichen Riesenzellen ausgewachsen sind. Das Stroma dieser Tumoren wird von dünnwandigen, klaffenden Blutgefässen gebildet.

Verf. betont die Wichtigkeit des Nachweises braun pigmentirter Markzellen für die Diagnose der aus Nebennierenkeimen entstandenen Geschwülste bei mit chromsauren Salzen gehärteten Tumoren. Er weist an einem selbst beobachteten Fall nach, dass in der Nebenniere hyperplastische, aus diesen Marksubstanzzellen bestehende Tumoren vorkommen.

Was das Vorkommen von mit Epithel ausgekleideten Schläuchen und Cysten in von versprengten Nebennierenkeimen stammenden Geschwülsten betrifft, so kommen in der Nebenniere selbst Geschwülste mit richtigen Drüsenschläuchen vor, und an einer Pferdenebenniere konnte Verf. sogar eine richtige epitheliale Cyste nachweisen. Es liegt daher kein Grund vor, das Vorkommen von Drüsenschläuchen und epithelialen Cysten für unvereinbar mit der suprarenalen Natur eines Nierentumors zu halten. Verf. ist in der Lage, einen einschlägigen Fall mitteilen zu können.

Eine weitere Beobchtung betrifft einen Krebs beider Nebennieren, der Leber, der Muskulatur, der Knochen und der Dura mater, der offenbar primär die rechte Nebenniere ergriffen hatte. Die Metastasen finden sich ausschliesslich in den Venen der befallenen Organe; es ist anzunehmen, dass die Krebszellen mit dem Blute während des Lebens cirkulirt und so den ganzen Organismus durchkreist haben. Als Gegenstück berichtet Verf. über eine andere alveoläre Geschwulst der Nebenniere, bei der es sich um eine durch Wucherung der Endothelien der Venen entstandene Bindegewebsgeschwulst, ein Endotheliom, handelt.

Zum Schlusse seiner Arbeit beschreibt Verf. ein Rhabdomyosarkom der linken Niere bei einem 3jährigen Mädchen. Neben den quergestreiften Muskelfasern fanden sich Knorpelinseln und einige kleine epitheliale Schläuche. Die quergestreiften Fasern waren diffus von Glycogen durchtränkt, zeigten teilweise die Bildung von Hohlräumen. An einigen degenerirten Fasern war die Querstreifung verschwunden und durch eine homogene, hyaline Substanz ersetzt. Einzelne Fasern zeigten eine hydropische Schwellung. Der Glycogengehalt der Geschwulst betrug, auf feuchte Sub-

stanz berechnet, 4,45 pCt., auf trockene Substanz berechnet 20,06 pCt., so dass die ganze primäre Geschwulst von ca. 1200 g Gewicht etwa 53,4 g Glycogen enthielt. Dieser Glycogengehalt wird durch die embryonale Natur der Muskelfasern erklärt. M. Rothmann.

---

1) **W. Anderson,** Three cases of sacless hernia of the sigmoid flexure through the left inguinal canal. Brit. med. journ. 1895, Oct. 19. p. 965.

2) **J. H. Denver,** The radical treatment of hernia. Americ. journ. of med. science. 1895, Jnne. p. 660.

3) **Alberti,** Bruchschnitt bei Hernia pectinea. Deutsche Zeitschs. f. Chir. XL. S. 426.

4) **H. Schmit,** Ein Beitrag zur Casuistik der incarcerirten Hernien. (Aus der chir. Universitätsklinik des Hrn. Hofrat Prof. Albert.) Wien. klin. Wochenschr. 1895, No. 22.

5) **J. Schnitzler,** Ueber mesenteriale Darmincarceration. (Aus Hofrat Prof. Albert's chir. Klinik.) Wien. klin. Rundschau 1895, No. 37/38.

6) **C. Fischer,** Eingeklemmter Bauchwandbruch. Münch. med. Wochenschr. 1895, No. 27.

1) Die vorliegenden drei Ausnahmsfälle wurden in der kurzen Zeit von Mai bis November 1894 im St. Thomas-Hospital beobachtet. Von den betr. Patienten waren zwei 44 Jahre, einer 41 Jahre alt; bei 2 bestand die Hernie einen Monat und bei dem dritten 12 Jahre. Bei 2 bestand eine bis in das Scrotum reichende Hern. obliqua, beim 3. Pat. eine sog. Hern. directa. Nur ein Pat. kam wegen Einklemmung zur Operation. Hier wie bei den beiden andern gelangte man beim Einschnitt auf die blossliegende Tunica muscularis der Konvexität einer Darmschlinge, deren Konkavität zur Hälfte mit Bauchfell überzogen war. Bei Incision desselben konnte man in 2 Fällen deutliche Plicae adiposae wahrnehmen. Diese Incision wurde dann wieder geschlossen und in 2 Fällen der Leistenkanal vernäht. Ein Pat. blieb während 9 Monaten bei gleichzeitiger Bruchbandapplikation ohne Recidiv, bei zweien trat ein solches, sobald sie wieder zu arbeiten begannen, wenngleich in minder belästigender Form, auf.

2) Verf., der im Wesentlichen nach Halsted operirt, giebt eine kurze Statistik von 100 von ihm selber gemachten Herniotomien, worunter bei erworbenen Leistenhernien 49, bei angeborenen 8, bei eingeklemmten 18, bei Schenkelbrüchen 7, bei eingeklemmten Schenkelhernien 11, bei Nabelbrüchen 2, bei eingeklemmten Nabelbrüchen 3 und bei Bauchhernien 2. Von 8 Todesfällen kommen 6 auf Operationen eingeklemmter Brüche, darunter 5 Leisten- und 1 Schenkelbruch.

3) Zu den 5 von Legendre zusammengestellten Beobachtungen von Hernia pectinea fügt Verf. einen eigenen sechsten Fall. Derselbe betraf eine 49jährige Arbeiterfrau, welche bei anscheinend freien äussereu Bruchpforten wegen innerer Einklemmung zur Laparotomie kam. Beim Eingehen in die Bauchhöhle fühlte man indessen in der Schenkelgegend eine rechtsseitige Hernie, deren Darmschenkel straffgespannt über den

Digitized by Google

horizontalen Schambeinast verliefen. Nach Schluss der Laparotomiewunde und Freilegung der Fossa ovalis erschien der Schenkelring frei, beim Eindringen des Fingers zwischen M. pectineus und den Adductoren dem Canalis obturatorius zu ergab sich letzterer als frei, im M. pectineus aber eine Verdickung, bestehend aus einem hühnereigrossen, sehr fettreichen Bruchsack, der, an 2 Stellen cystisch entartet, eine ca. 10 cm lange, zum Teil verwachsene Dünndarmschlinge enthielt. Letztere zeigte einen deutlichen Schnürring bei leidlichem Aussehen trotz der schweren Einklemmungssymptome und bei Lösung des Bruchsackes behufs Radikaloperation quoll plötzlich flüssiger Darminhalt hervor. Vf. setzte eine innere Einklemmung voraus, zu deren Auffindung sich Verf. wegen Collaps der Pat. mittelst Wiederauftrennung der Laparotomiewunde nicht entschliessen konnte. Pat. überlebte die Anlegung eines Anus praeter naturam nur 3 Stunden. Die Sektion bestätigte die Diagnose der Hern. pectinea. Am centralen Darmschenkel fand sich ca. $1^1/_2$ cm nach aussen vom Einklemmungsring ein in Fünfpfennigstückgrösse perforirtes brandiges Geschwür, das, dem Lig. Gimbernati aufliegend, innig mit dem Peritoneum parietale verklebt und durch einen derben Strang mit einer Falte des Bruchsackes verbunden war. Durch Anziehen dieses Stranges gelangte die Perforationsfläche nach aussen und gleichzeitig damit erfolgte der Austritt von Darminhalt.

4) Von den beiden in extenso mitgeteilten Fällen, Darmblutung einer incarcerirten Hernie bei einem 64jähr. Pat. und Repositionsbehinderung eines Leistenbruches durch eine geschwellte Lymphdrüse bei einem $2^1/_2$-jährigen Knaben, verdient der erste Hervorhebung. Die fast rein blutigen Stühle — der Blutverlust wird auf 1 Liter geschätzt — begannen am Nachmittag des Operationstages, und stand die Blutung unter Opiumgebrauch am 5. Tage. S. erklärt diese Blutung, welche übrigens nicht die ungestörte Heilung hinderte, durch die hochgradige Kreislaufstörung im eingeklemmten Darmstück auf Grund der Versuche von Silden und Reichel.

5) Im Anschluss an die einschlägigen Angaben von Kundrat teilt S. 4 neue Fälle mit, von denen 3 mesenteriale Incarcerationen des unteren horizontalen Schenkels des Zwölffingerdarms waren. Ausser der von Kundrat in einer Formveränderung des Gekröses hier vorausgesetzten Ursache nimmt S. auch eine Formveränderung der Wirbelsäule als Begünstigung dieser Incarcerationen an. Speziell muss die Einwirkung einer starken Lordose der Lendenwirbelsäule bei Rückenlage des Pat. zur Geltung gelangen. Jedenfalls genügt nicht Erschlaffung der Bauchdecken mit kontraktem Zustande der Därme, es muss immer eine individuelle Disposition bestehen. Eine eigentliche Drehung des Darmes um das Mesenterium findet übrigens nicht statt, es handelt sich vielmehr um eine Lagerung desselben nach rechts oder links. In dem 4. Fall betraf die mesenteriale Darmincarceration das untere Ileum.

6) Die kleine, zwischen Nabel und 7. Rippe, 4 cm vom ersteren, 6 cm vom Rippenbogen und $2^1/_2$ cm von der Lin. alba entfernte Geschwulst machte sich bei Pat. (Mann) erst seit 2 Tagen beim Aufspringen auf ein ungesatteltes Pferd geltend. Starker Schmerz, unregelmässiger Stuhlgang, aber keine Brechreizung bestand. Bei Durchtrennung der die Geschwulst be-

Digitized by Google

deckenden Muskulatur verschwand die Geschwulst und nach Erweiterung der kleinen, von ihr zurückgelassenen Oeffnung sickerte ziemlich viel seröse Flüssigkeit aus. Heilung ohne Zwischenfall. P. Güterbock.

Th. Gelpke, Der akute epidemische Schwellungskatarrh und sein Erreger (Bacillus septatus). v. Graefe's Arch. f. Ophthalm. XLII. (4.) S. 97.

G. beobachtete in 2 Dörfern in der Nähe von Karlsruhe das Auftreten eines epidemischen Schwellungskatarrhes, welcher einen grossen Teil der Einwohner ergriffen hatte. Zuerst trat eine Anschwellung und Rötung der Lider, namentlich im Bereich der Lidränder auf, sodass die Lidspalte fast vollständig geschlossen war. Beim Oeffnen derselben quoll reichliches, anfangs wässeriges, später schleimig-eitriges Sekret heraus. Dabei bestand hochgradige Lichtscheu und Schmerzhaftigkeit. Bei Ektropioniren der Lider erschien der Uebergangsteil stark geschwollen, dunkelrot gefärbt und mit kleinen Blutungen durchsetzt. Die Oberfläche war glatt. Später wurde die Conjunctiva rauh und zeigte reichliche Fältelung mit lebhafter Follikelbildung. Die Hyperämie und Schwellung ging auch auf die Conjunctiva bulbi über, es trat dann meist pericorneale Injektion ein, an welche sich nach kurzer Zeit zahlreiche, punktförmige, rings um die Peripherie der Cornea gelegene, parenchymatöse Infiltrate anschlossen. Die Ansteckungsfähigkeit war eine sehr grosse, binnen einiger Stunden erkrankten oft sämmtliche Mitglieder einer Familie. Im Allgemeinen vergingen 8—14 Tage, bis alle entzündlichen Erscheinungen verschwanden. Die meisten Fälle heilten ohne ernstliche Komplikationen. Die Therapie bestand in Auswaschen mit einer Sublimatlösung.

Durch Kulturversuche aus dem Sekret gelang es G., einen Bacillus zu finden, der wahrscheinlich die Krankheit verursachte. Derselbe war ausgesprochen aerob, d. h. er wuchs nur bei Sauerstoffzufuhr auf den verschiedensten Nährböden, vorausgesetzt, dass bei denselben eine schwache Alkalescenz bestand. Der Bacillus pflanzte sich durch Teilung und durch Sporenbildung fort. Impfversuche bei Kaninchenaugen blieben resultatlos, doch gelangen dieselben an der menschlichen Conjunctiva. G. schlägt vor, den Bacillus als „Bacillus septatus" oder „Bacillus septatus conjunctivitidis epidemicae" zu bezeichnen. Horstmann.

A. Politzer, Menière'scher Symptomenkomplex infolge traumatischer Labyrinthläsion. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 41. S. 165.

P. berichtet über den von ihm erhobenen pathologisch-anatomischen Befund bei einem 21jährigen, infolge einer Kopfverletzung unter Menière'schen Symptomen erkrankten und an Meningitis zu Grunde gegangenen Manne. Es fanden sich nicht, wie man hätte erwarten können, grössere Blutextravasate im Labyrinth, sondern entzündliches Exsudat und entzündliche Bindegewebsneubildung, mit nur geringfügigen Residuen von Blutextravasaten. Bemerkenswert ist, dass diese Bindegewebsneubildung schon nach etwas mehr als 5wöchentlicher Dauer von der Einwirkung des Insultus bis zum Exitus letalis in ziemlich ausgedehnter Weise sich vorfand.

Digitized by Google

P. meint, es könne aus diesen Thatsachen mit grosser Wahrscheinlichkeit der Schluss gezogen werden, dass auch bei Labyrinthentzündungen, die durch andere Ursachen bedingt werden, z. B. der genuinen oder scarlatinös-diphtheritischen Panotitis, eine rapide Entwickelung von neugebildetem Bindegewebe im Labyrinth, welches später teilweise oder gänzlich verknöchert, die hierbei auftretende rasche und unheilbare Ertaubung bedinge.

Schwabach.

M'Bride, Pulsating vessels in the pharynx. Edinburgh med. journ. 1896, December.

Abnorme Pulsationen im Pharynx hat Verf. bisher 3mal beobachtet, die teils auf anatomische Abnormitäten, theils auf klinische Veränderungen zurückzuführen waren. Bei der klinischen Wichtigkeit derselben weist Verfasser auf dieselben hin. W. Lublinski.

Grünwald, Zur Behandlung der Angina phlegmonosa. Münchner med. Wochenschr. 1896, No. 38.

Verf. pflichtet J. Killian bei, dass sehr tiefliegende, noch nicht reife Abscesse sich von der Fossa supratonsillaris aus sehr bequem stumpf erreichen lassen. Gelingt dieses nicht, so ist der Abscess nicht von der Mandel ausgegangen. W. Lublinski.

Schierbeck, Ueber den Einfluss der Kohlensäure auf das Wachstum und die Toxinbildung der Diphtheriebacillen. Arch. f. Hyg. 1896. XXVII. (4.) S. 338.

Sch. stellte, indem er durch Kolben, in denen auf Nährbouillon Diphtheriebacillen gezüchtet wurden, einmal kohlensäurefreie Luft durchleitete, um die von den Bakterien gebildete Kohlensäure zu entfernen und dauernd eine schwach alkalische Reaktion des Nährbodens zu erzielen, durch andere Luft von 8 pCt. Kohlensäuregehalt durchleitete, und endlich, indem er Kolben nach gewöhnlicher Art einfach im Thermostaten hielt, fest, dass dauernde schwache alkalische Reaktion des Nährbodens nicht nur das Wachstum der Diphtheriebacillen nicht förderte, im Gegenteil nach Verlauf einiger Zeit die Bakterien abtötete, während die erzeugte oder durchgeleitete Kohlensäure die Bacillen vor der zerstörenden Wirkung des Alkalis schützte. Es bietet also für das Wachstum der Diphtheriebacillen eine schwach saure Reaktion des Nährbodens die besseren Bedingungen. Ebenso konnte er feststellen, dass in Nährböden mit schwach saurer Reaktion eine lebhaftere Toxinbildung stattfindet, als in neutralen oder schwach alkalischen Nährböden. H. Bischoff.

Vaughan und **Perkins,** Ein in Eiscrême und Käse gefundener giftproducirender Bacillus. Arch. f. Hyg. 1896. XXVII. (4.) S. 308.

Im August 1895 war eine Anzahl Personen in einem kleinen Dorfe des nördlichen Michigan nach dem Genusse von Eiscrême erkrankt und ebenso im Oktober desselben Jahres nach dem Genuss von Käse. Krankheitssymptome zeigten sich nach Verlauf von 3—6 Stunden nach dem Ge-

nusse der betreffenden Speisen. Zuerst trat Uebelkeit auf, welchem in allen Fällen Erbrechen folgte, daran schloss sich in der Mehrzahl der Fälle Diarrhoe. Das Erbrechen war begleitet von scharfen Schmerzen im Unterleib. Die Herzthätigkeit wurde schwächer, die Extremitäten waren kalt, häufig war ein Puls nicht zu fühlen. Bei einigen Patienten traten Delirien auf. Nach Anwendung von Reizmitteln erholten sich die Pat. wieder, gestorben ist niemand. Die Nahrungsmittel wurden im hygienischen Institut der Universität Michigan untersucht und beidemale wurde ein bewegliches, zur Coligruppe gehöriges Stäbchen gefunden, welches sich vom Bac. coli communis dadurch unterschied, dass es nicht Indol bildete, die Milch stärker gerinnen machte und auf diesem Nährboden einen angenehmen buttersauren Aethergeruch erzeugte. Für Tiere war der Bacillus pathogen, ebenso die bakterienfreie Kultur. H. Bischoff.

Zinn und **Jacoby,** Ueber das regelmässige Vorkommen von Anchylostomum duodenale ohne sekundäre Anämie bei Negern, nebst weiteren Beiträgen zur Fanna des Negerdarmes. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 36.

Verff. fanden bei 21 von 23 Negern im Stuhle Auchylostomeneier; von den beiden, welche einen negativen Befund boten, hatte der eine seit Wochen starke Diarrhöen, der andere war bereits früher mehrere Jahre in Europa gewesen und wich daher in seinen Gewohnheiten von seinen Landsleuten ab. Es scheint also Anchylostomum duodenale regelmässig im Negerdarme vorzukommen. Gleichwohl litten die Neger nicht an sekundärer Anämie, was sich nach den neueren Beobachtungen von Lussano, Arslan und Bohland daraus erklärt, dass nicht allein die chronischen Blutverluste, welche von den Parasiten bewirkt werden, sondern auch Toxine, die von den Parasiten geliefert werden, die schweren Erscheinungen bei der Anchylostomiasis hervorrufen, so dass die Disposition hierbei eine grosse Rolle spielt. Für Europäer dürfte in dieser grossen Verbreitung der Anchylostomen eine nicht zu unterschätzende Gefahr liegen, gegen welche die Tropenhygiene durch prophylaktische Massregeln wird schützen müssen. Ausser Anchylostomen kommen im Negerdarm auch andere Parasiten ziemlich zahlreich vor: Tänien, Askariden, Trichocephalus dispar, Anguillula stercoralis und Amöben sind gefunden worden.

H. Bischoff.

M. Rudaux, Empyème du sinus maxillaire chez un enfant de trois semaines. Annal. des mal. de l'oreille, du larynx etc. 1895. S. 239.

Der Sinus maxillaris bildet beim Neugeborenen nur einen schmalen Spalt; er entwickelt sich erst nach Durchbruch der bleibenden Backenzähne. Eiterungen im Sinus sind daher vor dieser Zeit ausserordentlich selten. In dem vom Verf. beobachteten Falle handelt es sich um ein drei Wochen altes Kind, bei welchem die Eiterung von einem vorzeitig durchgebrochenen Zahne — wahrscheinlich einem Backenzahne — ihren Ausgang genommen hatte. Der Eiter entleerte sich einerseits nach der Nase, andererseits durch eine unterhalb des Augenlides gelegene Fistelöffnung.

Digitized by Google

Heilung trat erst ein, als der Zahn von der erweiterten Fistelöffung aus, aus dem Sinus maxillaris extrahirt war, auf dessen unterer Wand er beweglich sass. Stadtbagen.

Littauer, Is cancer of the stomach and abdominal organs the mediate consequence of a contusion? The med. and surg. report. 1895, june 22.

Bei einem Zusammenstoss zweier Wagen erlitt der Führer des einen eine heftige Kontusion des Brustkastens. Der 29jährige Mann wurde nach einigen Tagen scheinbar gesund aus dem Hospital entlassen. Der Patient erholte sich jedoch nicht wieder, klagte viel über gastrische Beschwerden, magerte stark ab und starb nach einigen Jahren, wie man annahm, an Carcinom des Magens und anderer Organe des Unterleibes. Die Autopsie bestätigte diese Ansicht. Es fragt sich nunmehr, ob die Entwickelung des Carcinoms bei dem noch jungen Menschen etwa einen Zusammenhang mit jenem Unfalle gehabt hat. L. nimmt dies mit Sicherheit an, besonders in Hinsicht auf die Continuität der Erscheinungen von dem Stosse gegen Brust und Magengegend des Verunglückten an bis zu dessen Tode.

C. Rosenthal.

W. M Gibson, Febrile endocarditis in the aged. Internat. med. magaz. 1896, Sept.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass die fieberhafte Endocarditis bei alten Leuten oft übersehen resp. falsch gedeutet wird. Diese Krankheit ist in vorgerückten Jahren fast stets auf eine schon bestehende Klappenaffektion gepfropft; sie kann im Gefolge eines akuten Gelenkrheumatismus oder einer anderen Infektion (namentlich von einer eitrigen Entzündung irgend eines Teiles des Urogenitalapparates her) auftreten. Meist ist der Verlauf der Krankheit ein subakuter. In diagnostischer Beziehung hüte man sich vor Verwechslungen mit Typhus, Malaria, sowie bösartigen Neubildungen. Perl.

Destot, Paralysie cubitale par l'usage de la bicyclette. Gaz. des hôpitaux 1896, No. 119.

Infolge Radfahrens zog sich D. eine sensible und motorische Lähmung im Bereich seines linken N. ulnaris zu. Der Nerv wurde durch den schiefstehenden Eisen-(Hand-)Griff des Zweirads zwischen diesem und dem Os pisiforme gedrückt. Bei nicht trainirten Radfahrern tragen Ueberanstrengung, holprige Wege, Mangel an Schwielenbildung zum Entstehen des Leidens bei, wie es übrigens auch von Simpson (N. Y. med. journ. 1896, April) schon beobachtet worden ist. Bernhardt.

K. Pándi, Halbseitiges Gesichtsschwitzen bei centraler Facialislähmung. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 32.

Ein 35jähriger Tischler, der im 20. Jahre an Typhus litt und im 27. Lebensjahre eine Kopfverletzung ohne besondere unmittelbare Folgen erlitten hatte, fühlte seit 4 Jahren zeitweilige Zuckungen im linken Arm und seit 3 Jahren starkes Schwitzen der linken Gesichtshälfte; dazu traten

intermittirende Fieber- und Frostanfälle und reissende Schmerzen in der rechten Stirn- und Schläfengegend. Die linke Augenöffnung war weiter als die rechte, ebenso die linke Pupille; links bestand eine Parese des oberen und unteren Facialisgebietes und eine Herabsetzung des Tricepsreflexes, während alle übrigen Reflexe dieser Seite gesteigert waren. Das Schwitzen entsprach mit anatomischer Genauigkeit den peripheren Verzweigungen des Facialis, genau am pectoralen Ursprung des Platysma endend und die linke Stirn-, Gesichts- und Halshälfte einnehmend. Bei Abwesenheit anderer Nervenstörungen wurde eine corticale Parese des linksseitigen Gesichtsnerven angenommen und die anatomische Ursache wie der Zusammenhang mit dem früheren Trauma offen gelassen. Zeichen einer peripherischen Facialislähmung fehlten. — P. bespricht eingehend die verschiedenen Ursachen des halbseitigen Gesichtsschwitzens, so z. B. bei Hemiplegikern, progressiver Paralyse, Syringomyelie, cerebralen einseitigen Herden, peripherischen Facialisaffektionen, Sympathicuserkrankungen etc. Ebenso wie die Thränen- und Speichelabsonderung hat das Schwitzen ein corticales Centrum, dessen peripheren Reiz die vorderen Wurzeln und die motorischen, aus den Vorderhörnern stammenden Fasern des Sympathicus leiten. Sowohl die Reizung wie die Unterbrechung der Leitungsbahnen können in pathologischen Fällen gesteigertes Schwitzen hervorrufen. Die Ursache des pathologischen Schwitzens bei Leitungsunterbrechung ist entweder die Entartung der Schweissdrüsen über den gelähmten Körperteilen oder die vielleicht leichter als die psychomotorische zu stande kommende Leitung des Reizes zum Schwitzen. In anderen Fällen wiederum bedeutet das halbseitige Schwitzen nur die Asymmetrie der sonst nicht pathologischen Funktion, wie etwa eine Pupillendifferenz bei guter Reaktion. — P. weist ferner darauf hin, dass der Facialis und der Sympathicus vieles in ihren Funktionen gemein haben. S. Kalischer.

---

1) **P. T. Vaughan,** Some observations on the relationship of pelvic diseases to psychic disturbacances in Women. The med. News 1895, No. 17.

2) **M. Muret,** Ueber die Beteiligung des Nervensystems bei Frauenkrankheiten. Therap. Monatsh. 1895, April-Mai.

1) V. suchte der Frage nach dem ätiologischen Zusammenhange von Unterleibskrankheiten bei Frauen und psychischen Störungen in der Art näher zu treten, dass er 150 geisteskranke Frauen körperlich einer genauen Untersuchung unterzog. Während die Hälfte dieser Frauen über Unterleibsbeschwerden klagte, fand sich nur bei 15 (also in 10 pCt.) ein ausgeprägter pathologischer Zustand der Beckenorgane, wie Endometritis, Salpingitis etc. Sowohl diese Frauen wie 19 andere, deren Sektionsprotokolle vorlagen, zeigten stets neben ihren Unterleibsleiden anderweitige körperliche Leiden, die eher als Ursachen der psychischen Störungen angesehen werden mussten, als die Affektionen der Geschlechtsorgane. Die körperlichen Leiden bestanden zumeist in chronischer Tuberkulose der Lungen, chronischer Nephritis, Herzklappenaffektionen und Syphilis. — Affektionen der Beckenorgane wurden durch die Sektion in doppelter Zahl festgestellt, als intra vitam. S. Kalischer.

Digitized by Google

2) Der Verf. berührt in diesem Vortrage in grossen Zügen die Frauenfrage vom Standpunkte des modernen Gynäkologen aus, welcher seiner Ansicht nach nicht nur die kranken (oder nicktkranken) Geschlechtsorgane der Frau, sondern mehr die kranke Frau im Ganzen behandeln sollte. Es werden alle die Missstände erwähnt, welche infolge der verkehrten socialen, moralischen und hygienischen Erziehung der Mädchen zu den so häufigen Erkrankungen des weiblichen Geschlechts führen. Es wird gezeigt, dass das Nervensystem meist der primäre Sitz der Erkrankung ist, öfter aber auch reflektorisch in Mitleidenschaft gezogen wird. Es seien die funktionell gynäkologischen Affektionen von den organischen deshalb sorgfältig zu trennen, weil die Lokalbehandlung jener mehr zu schaden als zu nützen pflegt. Es wird sodann der häufigen Missbildungen und Wachstumshemmungen an den weiblichen Genitalien als der Ursache vieler nervöser Frauenleiden gedacht, die sich meist als Erschöpfungsneurosen präsentiren. Für die Verhütung resp. Behandlung können neben einer sachgemässeren Erziehung nur eine genaue Unterscheidung zwischen lokaler Erkrankung und Neurose und demgemäss zu ergreifende therapeutische Massnahmen (lokale Behandlung — roborirende Diät, Traitement moral) zum Ziele führen.

M. Brasch.

Aquila, Ein Fall von extragenitaler Tripperinfektion. Monath. f. prakt. Dermat. XXIII. No. 1.

Verf. erkrankte ohne vorausgegangenen Coitus und ohne früher jemals an Tripper gelitten zu haben, an einer typischen akuten Gonococcen-Gonorrhoe der Harnröhre. Da er zur Zeit viel mit der Behandlung Tripperkranker und der bakteriologischen Untersuchung ihres Ausflusses beschäftigt war, hält er es für wahrscheinlich, dass die Infektion durch an den Fingern haften gebliebenes Sekret erfolgte. H. Müller.

M. Eger, Ein Beitrag zur Kenntnis der circumscripten Muskelgummata, im Anschluss an eine Beobachtung solcher in der Halsmuskulatur. (Aus Dr. B. Baginsky's Poliklinik in Berlin.) Deutsche med. Wochenschrift 1896, No. 35.

Bei einer 35jährigen, vor 16 Jahren syphilitisch inficirten Näherin bestanden an beiden Seiten des Halses symmetrisch in Kehlkopfshöhe, und zwar im M. sternocleidomastoideus gelegen, zwei taubeneigrosse, harte, circumscripte, schmerzlose Tumoren; je eine gleich beschaffene, aber nur kirschkerngrosse Geschwulst fand sich vor der rechten Hälfte der Schildknorpelplatte und in der linken Fossa supraclavicularis. Unter Behandlung mit Jodkalium gingen sämmtliche Tumoren rasch zurück. Aus seiner eigenen Beobachtung und aus den von ihm aus der Litteratur zusammengestellten Fällen von circumscripten Muskelgummen schliesst Verf., dass diese häufig symmetrisch auftreten, dass sie an sich indolent sind, durch Druck auf Nerven und Gefässe aber Beschwerden hervorrufen können und dass sie eine Funktionsstörung der betroffenen Muskeln in der Regel nicht veranlassen. H. Müller.

W. Marcuse, Dermatitis und Alopecie nach Durchleuchtungsversuchen mit Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 30.

Bei einem jungen Manne, der einige Wochen lang fast täglich zu Durchleuchtungen des Kopfes und der Brust mit Röntgenstrahlen verwendet worden war, entstand auf der Gesichtshälfte und an den Partien des Thorax, welche bei den Versuchen der Hittorf'schen Röhre zugewendet gewesen waren, eine Art Verbrennungsdermatitis. Am Gesichte beschränkte sie sich auf bräunliche Rötung und Schuppung, in der Temporalgegend fielen auf einer ziemlich scharf begrenzten, fünfmarkstückgrossen Stelle die Haare aus, die Conjunctiva des betreffenden Auges zeigte stärkere oberflächliche Injektion, während Wangen- und Nasenschleimhaut normal erschienen. An der hinteren Seite des Thorax lag auf einem thalergrossen, von einem braunroten Hofe umgebenen Gebiete das Corium bloss und war mit serös-eitrigem Exsudat bedeckt; auf der vorderen Seite bestand in gleichem Umfange nur leichte Rötung und Verlust der obersten Epidermisschichten. Alle Veränderungen waren ohne Schmerz oder Jucken aufgetreten und besserten sich nach Aussetzen der Versuche rasch. Ob ihre Ursache in den hochgespannten Strömen oder in den X-Strahlen selbst zu suchen ist, lässt Verf. unentschieden. H. Müller.

---

1) **Kessler,** Die abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus und deren Vorgeschichte. Petersb. med. Wochenschr. 1895, No. 36.

2) **J. Fabricius,** Ueber Myome und Fibrome des Uterus und deren Einfluss auf die Umgebung mit spezieller Berücksichtigung des Verhaltens der Tuben. (Aus der gynäkol. Klinik des Hrn. Prof. CHROBAK in Wien.) Beitr. z. kl. Med. u. Chir. 1895. H. 11.

1) Nach einer kurzen Besprechung der verschiedenen Prinzipien bei den Myomoperationen erklärt sich K. für einen Anhänger der MARTIN-MACKENRODT'schen Operationsmethode, d. h. der abdominalen Totalexstirpation des unzerstückelten Uterus. Auf den Vorschlag von FRITSCH aber entfernt K. die Ovarien nicht, falls sie gesund sind, weil die Erfolge dann bessere sein sollen.

Zwei so operirte Fälle sind glatt genesen.

2) Alle Komplikationen bei Myomen und Fibromen des Uterus sind entweder mechanisch durch das Wachstum des Tumors bedingt oder durch die selten fehlende Endometritis. Vf. hat in 42 Fällen, die er eingehend beschreibt, die Tuben untersucht und kommt zu dem Schluss, dass die die Myome und Fibrome des Uterus begleitende Endometritis sich häufig auf die Tuben fortsetzt. Unter 42 Fällen fand er 26 Tubenerkrankungen, und zwar stets beiderseitig. Wenn es auch nicht ausgeschlossen ist, dass einige von diesen bereits vorher bestanden haben, so glaubt Verf. doch auf die Häufigkeit von Komplikationen von Seiten der Tuben bei Uterustumoren die Aufmerksamkeit der Operateure hinlenken zu müssen Der Arbeit sind auf 8 Tafeln 17 wohlgelungene Abbildungen beigegeben. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **13. März.** **No. 11.**

Inhalt: Speck, Lewandowsky, Ueber die Regulirung der Atmung. — Hammarsten, Bedeutung der Kalksalze für die Blutgerinnung. — Bondzynski und v. Humnicki, Verhalten des Cholesterins im Organismus. — Schultze, Ueber die stickstoffhaltigen Körper in den Keimpflanzen. — Behrendt, Neue Methode zur Bestimmung der Blutalkalescenz. — Ott, Der Eiweissgehalt pathologischer Flüssigkeiten. — Treupel, Stoffwechselwirkung des Jodothyrins. — Klein, Ueber die verschiedenen Formen der Anämie. — Ebstein, Fall von Uterus unicornis und Einzelniere. — Göppert, Zur Lehre der Lymphosarkomatose. — Stevenson und Michael, Traumatisches Aneurysma und Unterbindung der Iliaca communis. — v. Manteuffel, Rosenfeld, Kionka, Ueber Chloroform- und Aethernarkose. — Moullin, Helferich, Czerny, Behandlung der Prostatahypertrophie. — v. Bergmann, Ueber Schussverletzungen des Kopfes. — Nikskamoff, Ueber die Sekretion des Kammerwassers. — Herrnheiser, Ueber Verletzungen der inneren Augenhäute. — Hischmann, Fall von primärem luetischen Affekt der Conjunctiva. — Hoffmann, Fall von Sinusthrombose mit Heilung. — Schwartze, Fall von Cholesteatom des Schläfenbeins. — Wegener, Behandlung der Sklerose der Paukenschleimhaut. — Neumayer, Ueber die Funktion der Kehlkopfmuskeln. — Glück, Behandlung der Larynxsyphilis. — v. Ratz, Ueber die Barbonenkrankheit (Büffelscuche). — Poppert, Eiterung durch keimfreies Catgut. — Solomin, Verhalten der Milch beim Erhitzen. — Maul, Zur Beurteilung des Trinkwassers. — Loesch, Zur Diagnose der Tuberkulose durch Tuberkulin. — Schütz, Verhalten der Gärtner'schen Fettmilch bei der Magenverdauung. — Lucas und Lane, Vergiftung mit Carbolsäure durch Anwendung auf die Haut. — Murray, Parker, Fisher, Zur Behandlung mit Thyreoidea-Präparaten. — Krückmann, Purjesz, Soltmann, Gottstein, Ueber die Behandlung mit Diphtherie-Heilserum. — Hammer, Fälle von multiplen Geschwülsten des Dünndarms. — Keller, Maligne Endocarditis nach Gonorrhoe. — Levison, Behandlung der Gicht mit Kataphorese. — Sarbó, Die Tetanie. — Arzheimer, Thomsen, Ueber Frühsymptome der progressiven Paralyse. — Fürstner, Zur Pathologie gewisser Krampfanfälle. — Dieballa, Schanz, Chlorose, Polyneuritis und Opticusentzündung. — Massaut, Verlauf der Nervenfasern für den Pupillarreflex. — Grimm, Behandlung der Syphilis. — Herxheimer und Müller, Schütz, Zur Histologie der Haut. — Kuznitzky, Ueber einseitige Psoriasis und die Aetiologie der Psoriasis. — Hofmeier, Beziehungen zwischen Myom und Sterilität. — Chotzen, Prognose der Extrauteringravidität. — Waltrard, Murphy, Ueber Uterusmyome.

1) **C. Speck**, Ueber die Regulation der Athemthätigkeit. Arch. f. Anat. u. Physiol. Physiol. Abteil. 1896. S. 465.

2) **M. Lewandowsky**, Die Regulirung der Athmung. Ebenda. S. 483.

1) Verf.'s kritische Bemerkungen betreffen die von ZUNTZ und GEPPERT in neues Licht gerückte Regulirung der Athmung bei Muskelthätigkeit. Die Schlüsse jener Autoren, dass die aus arbeitenden Muskeln mit dem Blute zur Med. oblong. geführten Stoffe das Athemcentrum erregen, seien nicht zwingend, weil die sog. nervöse Isolirung keine vollständige gewesen sei. Wenn SCHENCK auf anderem Wege zu dem nämlichen Resultate gelangt sei, so habe er wahrscheinlich die nervösen Bahnen, die hierbei in Frage gekommen, durchschnitten und daher keine durch Reizung der betreffenden Nerven hervorgerufene Erregung des Athemcentrums sehen können. FILEHNE und KIONKA nähmen zwar eine reflektorische Erregung des Athemcentrums infolge der Reizung sensibler Muskelnerven durch die CO_2 der thätigen Muskeln an, allein auch das erscheint Verf. nicht richtig. Er neigt dazu, die Venencapillaren (?) als den Ort zu betrachten, an dem die die Athmung regulirenden Reize angreifen; in den Gefässwandungen sollen die Nerven, welche jene Reize leiten, verlaufen. Auch für die Muskelthätigkeit seien die CO_2-Anhäufung und der O-Mangel die beiden Faktoren, welche zur Deutung aller dabei zur Beobachtung gelangenden Erscheinungen ausreichen.

2) Weitere Ausführung der früheren Untersuchungen Verf.'s (Ctbl. 1896, S. 673). Das eigentliche coordinirende Athemcentrum ist dasjenige im Kopfmark; die LANGENDORFF-WERTHEIMER'schen spinalen Athemcentra können, wie schon von Anderen zur Genüge gezeigt, keineswegs mit ersterem in eine Linie gestellt werden. Zwar können auch nach Ausschaltung des Kopfmarkes vereinzelte Kontrakturen von Athemmuskeln erfolgen, sei es durch reflektorische oder automatische Reizung des von GAD sog. spinalen Athemmuskelcentrums. Das coordinirende Athemcentrum des Kopfmarks regt durch seine automatische Thätigkeit die Inspiration an; erschlaffen dann die inspiratorisch contrahirten Muskeln, so muss die passive Exspiration eintreten; für sie bedarf es weder eines besonderen Centrums noch besonderer Nerven. Anders steht es um die angestrengte, active Exspiration; für diese muss ein besonderes Centrum angenommen werden, das sowohl reflektorisch (Schreien, Bellen, Husten) als automatisch (d. h. durch den CO_2-Reiz des Blutes, so die rhythmische aktive Exspiration bei Dyspnoe) angeregt wird. Die automatische Erregbarkeit dieses Centrums ist jedoch geringer anzunehmen, als die des coordinirenden Athemcentrums im Kopfmark. Auf das letztere gewinnen nun höhere Hirnteile gleichfalls Einfluss. Legt man einen Schnitt zwischen hinteren Vierhügeln und Kopfmark an, so dass dieses von den Vierhügeln getrennt ist, so treten inspiratorische Pausen auf, die nach Verf. durch den Ausfall des in den hinteren Vierhügeln gelegenen Inspirationshemmungscentrums bedingt sind. Da die Erscheinungen, welche durch Trennung des Athemcentrums von den hinteren Vierhügeln hervorgebracht werden, mit den durch doppelseitige Vagotomie bedingten vollkommen übereinstimmen (rhythmische Athmung bei ausserordentlicher Vertiefung und Verlängerung der Inspiration), so wirkt

jenes Hemmungscentrum in ähnlicher Weise automatisch ein wie die Vagi reflektorisch.

Experimentell ermittelte Verf. ferner, dass die Wirksamkeit eines das Athemcentrum treffenden gleich starken Reizes mit dem Fortschreiten der exspiratorischen Pause wächst. Während der Exspiration sammelt sich Energie im Athemcentrum an, die während der automatisch ablaufenden Inspiration allmählich verbraucht wird. Verf. hat sich folgende Anschauung gebildet: Mit der allmählichen Ansammlung von Energie im Athemcentrum während der Exspirationspause steigt die Erregbarkeit des Centrums bis zu einem bestimmten Grade so weit, dass der konstante schwache Blutreiz genügt, um die Thätigkeit desselben (Inspiration) auszulösen, dass aber trotz der damit erfolgenden Verminderung der inspiratorischen Energie derselbe Reiz ausreicht, den einmal eingeleiteten Thätigkeitsvorgang (Inspiration) aufrecht zu erhalten, der nun so lange andauert, bis alle (inspiratorische) Energie verbraucht ist oder eine Hemmung eintritt. Wegen vieler Einzelheiten vergl. Orig. I. Munk.

Olaf Hammarsten, Ueber die Bedeutung der löslichen Kalksalze für die Faserstoffgerinnung. Zeitschr. f. physiol. Chem. Bd. 22. S. 333.

Nach einer eingehenden historischen Uebersicht über die Lehre von der Blutgerinnung präcisirt Vf. die Frage, deren Beantwortung er sich zunächst zum Ziel gesetzt hat, folgendermassen: „Ist die Gegenwart von löslichen d. h. durch Oxalat fällbarem Kalksalz ein nothwendiges Bedingnis für die Entstehung von typischem Faserstoff in einer Flüssigkeit, die gleichzeitig Fibrinogen und Fibrinferment enthält?“ Vf. macht dabei darauf aufmerksam, dass es nicht gelingt, aus Flüssigkeiten, wie Blutplasma und Blutserum den Kalk durch Oxalat vollständig auszufällen, eine gewisse Quantität Kalk vielmehr stets in Lösung bleibt. Zur Lösung der vorliegenden Frage waren also einerseits Fibrinogenlösungen nöthig, die durch überschüssiges Oxalat von allem fällbaren Kalksalz befreit waren, andererseits ebenso behandelte Fibrinfermentlösungen. Als Fibrinogenlösungen benutzte er teils Pferdeblutplasma, teils Lösungen von einem aus diesem dargestellten Fibrinogen.

I. Das Blutplasma. Zur Herstellung desselben wurde Pferdeblut in 5—6proc. Kalinmoxalatlösung aufgefangen, sodass das Gemisch 0,25 bis 0,3 pCt. Oxalat enthält, dann centrifugirt, ca. 20 Stunden bei oder unter 0° stehen gelassen, von einem sich ausscheidenden amorphen Niederschlag abcentrifugirt. Dieses Plasma gerann nun später, entsprechend den Angaben von ARTHUS und PAGIS, häufig nach Zusatz von Kalksalzen, aber nicht immer. In Uebereinstimmung mit PEKELHARING und in Widerspruch mit ARTHUS enthielt dieses Plasma kein Fibrinferment.

II. Die Fibrinogenlösung. Das Oxalatplasma wird mit von Kalk durch vorgängige Fällung mit Oxalat befreite Kochsalzlösung gefüllt, durch mehrmaliges Auflösen in 6—8proc. Kochsalzlösung und Fällen mit concentrirter Kochsalzlösung gereinigt. Die zuletzt erhaltene Fibrinogenlösung war in soweit kalkfrei, dass sie mit Oxalatlösung keine Spur eines Niederschlages gab, sie enthielt dagegen regelmässig eine Spur Oxalat. Es gelang so leicht

1—2proc. Fibrinogenlösungen mit nur 1—2proc. Kochsalzgehalt herzustellen, wie Vf. gegenüber gegenteiligen Angaben von AL. SCHMIDT ausführt. Ausser diesen kochsalzhaltigen Fibrinogenlösungen kamen auch dialysirte und solche zur Anwendung, welche durch Ausfällen des Fibrinogens mit Essigsäure und Wiederauflösen in schwachem Alkali hergestellt waren.

III. Fibrinfermentlösungen. Von sog. reinen Fibrinfermentlösungen nahm Vf. Abstand, weil dieselben auf das oxalathaltige Plasma zu langsam einwirken, er benutzte entweder mit Oxalat gefälltes filtrirtes Blutserum oder aus diesem hergestelltes Globulin in Wasser unter Zusatz von etwas Kochsalz gelöst oder dialysirtes Oxalatserum.

IV. Die Versuche mit entkalktem Blutplasma und von — fällbaren — Kalk freien Fibrinfermentlösungen ergeben als Hauptresultat, dass beim Mischen dieser Flüssigkeiten regelmässig eine typische Faserstoffgerinnung eintritt im Gegensatz zu ARTHUS. Die Beobachtung, dass Oxalatplasma auch anderseits bei Zusatz eines löslichen Kalksalzes gerinnt, erklärt sich aus dem Gehalt desselben an Prothrombin, aus welchem nach Zusatz von Kalksalzen das Ferment entsteht.

V. Versuche mit Fibrinogenlösungen. Ebenso wie oxalathaltiges Blutplasma liefert auch oxalathaltige, also im gewöhnlichen Sinne kalkfreie Fibrinogenlösung mit Fibrinfermentlösung, als welche entkalktes dialysirtes Blutserum diente, eine Fibringerinnung, in Uebereinstimmung mit Angaben von PEKELHARING. Weiterhin wendet sich Vf. gegen die Theorie von LILIENFELD und zeigt, dass dessen Thrombosin, welches ohne Weiteres mit Kalksalz Fibrin geben soll, kein Spaltungsproduct des Fibrinogens ist, sondern durch Essigsäure oder Nucleinsäure gefälltes Fibrinogen, welches, wenn nicht Kochsalz in geeigneter Menge vorhanden ist, von Kalksalz gefällt wird. Das sog. Thrombosin giebt in kochsalzhaltiger Lösung mit Kalksalz keine Fällung oder Gerinnung; dagegen giebt es in derselben Lösung ohne Zusatz von Kalksalz eine massenhafte typische Gerinnung nach Zusatz an Fibrinferment.

VI. Ist der Faserstoff eine Eiweisskalkverbindung? Diese Frage verneint H. auf Grund der von ihm ausgeführten Kalkbestimmungen, welche für das Fibrinogen und Fibrin denselben Gehalt an Kalk ergeben, nämlich im Mittel 0,054 gegen 0,0555 pCt. Daraus geht gleichzeitig hervor, dass die Oxalate aus Blutplasma den Kalk nicht völlig auszufällen vermögen. Die specifische Einwirkung des Kalksalzes auf die Gerinnung von Blut oder Plasma betrifft also nicht den chemischen Vorgang bei der Umwandlung des Fibrinogens. Es ist dagegen sehr wahrscheinlich, dass sie in naher Beziehung zur Bildung des Fibrinferments steht. Dies geht aus der leicht zu bestätigenden Beobachtung von PEKELHARING hervor, dass sich in den Blutplasmen eine Substanz vorfindet, welche selbst kein Fibrinferment ist, aber nach Zusatz von Kalksalz kräftig gerinnungserregend wirkt.

E. Salkowski.

Digitized by Google

St. Bondzynski und v. Humnicki, Ueber das Schicksal des Cholesterins im tierischen Organismus. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 396.

Die Verff. haben zunächst das von Bondzynski in den menschlichen Faeces aufgefundene Koprosterin weiter untersucht. Als Hauptunterschiede desselben von dem gewöhnlichen Cholesterin ergaben sich: der niedrige Schmelzpunkt (95—96°), die Rechtsdrehung ($\alpha_D = 24°$) gegenüber der Linksdrehung, welche das gewöhnliche Cholesterin zeigt, die Löslichkeit in kaltem Alkohol und die etwas abweichenden Reaktionen mit Chloroform + Schwefelsäure, Chloroform + Essigsäure + Schwefelsäure u. s. w. und endlich seine Zusammensetzung, welche die Verfasser zu $C_{27}H_{48}O$ ermittelten. Dieselbe wurde durch Darstellung und Analysirung zahlreicher Derivate, wie Acetylkoprosterin, Propionylkoprosterin, Benzoylkoprosterin, Cinnamylkoprosterin u. s. w., gesichert. Das Koprosterin enthält somit 2 Atome Wasserstoff mehr, als das Cholesterin. Da es weder Brom noch Jod bindet, wie das gewöhnliche Cholesterin, so folgt daraus, dass bei der Umwandlung von Cholesterin in Koprosterin eine Addition von 2 Wasserstoffatomen an der ungesättigten Stelle des Cholesterinmolecüls stattgefunden hat.

Es war von vorneherein zu vermuten, dass im Darmkanal eine Umwandlung des Cholesterins der Galle in Koprosterin stattfindet. Diese Vermutung konnten die Verff. durch Eingabe von Cholesterin, welches sich grösstenteils als Koprosterin wiederfand, bestätigen. Zur Trennung des Koprosterins von noch vorhandenem Cholesterin diente die Ueberführung des letzteren in die Bromverbindung und Trennung derselben durch Petrolenmäther, in welchem das Koprosterin leicht löslich, das Cholesterinbromid unlöslich ist. Die Ueberführung des Cholesterins in Koprosterin gelang bisher nicht. — In Hundefäces fand sich unverändertes Cholesterin, in Pferdeexkrementen dagegen ein noch wasserstoffreicherer Körper vom Schmelzpunkt 74—75°, das Hippokoprosterin, für welches die Verff. vorläufig die Formel $C_{27}H_{54}O$ aufstellen. E. Salkowski.

E. Schultze, Ueber das wechselnde Auftreten einiger krystallirbarer Stickstoffverbindungen in den Keimpflanzen. II. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 411.

Verf. hat schon früher in verschiedenen Keimpflanzen eine grosse Zahl krystallisirender Stickstoffverbindungen, wie Asparagin, Glutamin, Phenylalanin, Leucin, Tyrosin, Amidovaleriansäure, Arginin gefunden, jedoch in sehr wechselnder Verteilung bald die einen, bald die andern sehr überwiegend und durchaus nicht immer alle gleichzeitig in derselben Pflanze. In neuen Untersuchungen an Wicken (Vicia sativa), gelben Lupinen (Lupinus luteus), weissen Lupinen (Lupinus albus), blauen Lupinen (Lupinus angustifolius) konnte dieses Verhältnis bestätigt werden. Ausserdem aber lieferten die Keimlinge derselben Species verschiedene Amidosäuren, je nachdem sie im Dunkeln oder im Hellen gewachsen waren. Verf. ist der Ansicht, dass ursprünglich alle Pflanzen bei der Spaltung des Eiweiss in den Samen dieselben Produkte liefern, dass dieselben aber durch die Wachstumsvorgänge in verschiedener Weise verbraucht werden, so dass man

Digitized by Google

bei der Untersuchung der Keimlinge nur noch einen in qualitativer und quantitativer Beziehung wechselnden Rest von Amidosäure vorfindet.

E. Salkowski.

N. Behrendt, Ueber eine neue klinische Methode zur Bestimmung der Blutalkalescenz und über Untersuchungen der Blutalkalescenz bei Kindern. Zeitschr. f. Heilk. XVII. S. 351.

Verf. giebt zunächst eine Uebersicht der bisherigen klinischen Methoden der Blutalkalescenzbestimmung. Er verwirft auf Grund eigener Versuche alle, welche mit deckfarbigem Blute arbeiten, und empfiehlt nach dem Vorgange und aus gleichen Gründen wie LOEWY die Benutzung lackfarbigen Blutes. Da ihm für klinische Untersuchungen und speziell bei seinen Versuchen an Neugeborenen und Säuglingen 5 ccm, wie sie LOEWY benutzte, zu viel erschienen, hat er dessen Verfahren modificirt. In einem Melangeur werden 0,1 ccm Blut, durch Stich in die Fingerbeere gewonnen, aufgesogen, in ein 5 ccm 1 proc. Kochsalzlösung enthaltendes Gläschen entleert und centrifugirt. Der flüssige Anteil wird abgegossen, der am Boden liegende Blutkörperbrei mit 10 ccm Wasser versetzt. Ersterer wird dann mittelst Lakmoidlösung als Indikator austitrirt, event. zur Kontrolle übersäuert und mit Lauge zurücktitrirt. Die Blutkörperbreilösung wird in eine Porzellanschale gegossen, soviel Lakmoidlösung hinzugesetzt, dass die rote Farbe verdeckt ist. Die Lösung nimmt dann eine blaugrüne, undurchsichtige Beschaffenheit an. Nun wird Säure im Ueberschuss hinzugefügt, wodurch die Lösung wieder rot wird, was am besten am Rande zu beobachten ist. Die Summe der Werte von Körperchenbrei und Serum giebt die Gesammtalkalescenz des Blutes. — Das Verfahren des Verf.'s ist, theoretisch betrachtet, geeignet, das Alkalescenzverhältnis zwischen Serum und körperlichen Elementen zu Ungunsten letzterer zu verschieben, dürfte bei schnellem Centrifugiren und Trennen der Körperchen von der überstehenden Flüssigkeit jedoch praktisch keine grösseren Fehler bedingen.

Mittelst dieser Methode hat Verf. ausser einigen Erwachsenen 29 Kinder untersucht in 150 Einzeluntersuchungen. Er kommt im Wesentlichen dabei zu folgenden Resultaten: 1. Die Blutalkalescenz ist keine konstante Grösse, sie variirt nach der Individualität und auch bei demselben Individuum und liegt zwischen 0.45—0,5 g NaHO für 100 Blut. 2. Die Alkalescenz ist bei Neugeborenen fast so hoch, wie bei der Mutter, sie nimmt in den ersten Lebenstagen ab, am 10.– 12. Tage ist sie = 0,37—0,38 g NaHO. 3. Die Alkalescenz bei Säuglingen schwankt zwischen 0,34—0,44 g, unabhängig scheinbar von Kräftezustand und Körpergewicht. 4. Bei magendarmkranken Säuglingen sind die Schwankungen nach unten und oben grösser als bei gesunden. 5. Fieber vermindert nicht in allen Fällen die Blutalkalescenz. 6. Aeltere Kinder von 4—5 Jahren scheinen eine um 0,1 bis 0,2 g NaHO höhere Alkalescenz zu haben. A. Loewy.

Digitized by Google

A. Ott, Ueber den Eiweissgehalt pathologischer Flüssigkeiten. Zeitschr. f. Heilkunde. XVII. S. 283.

Verf. hat bei 43 pathologischen Flüssigkeiten, die meist dem Abdominalraum, teilweise auch dem Pleuraraum entstammten, ferner an Eiter und Hydroceleflüssigkeit das specifische Gewicht und den Eiweissgehalt (N-Bestimmung nach KJELDAHL) festgestellt als Beitrag zu den noch strittigen Fragen, erstens ob aus bestimmtem Eiweissgehalt Schlüsse auf bestimmte Krankheiten gemacht werden können, zweitens ob Gewicht und Eiweissgehalt einer Flüssigkeit in festen Beziehungen stehen. Aus den in Tabellenform mitgeteilten Resultaten ergiebt sich mit Beziehung auf die erste Frage, dass ein bestimmter Eiweissgehalt ein und derselben Krankheitsform resp. einem Exsudat oder Transsudat nicht entspricht. Nur soviel geht hervor, dass bei Erkrankungen mit entzündlicher Reizung im Allgemeinen sich höhere Eiweisswerte finden als bei Transsudaten, die höchsten bei eitrigen Prozessen. So fand sich z. B. bei vier Fällen von Carcinoma peritonei ein Eiweissgehalt, der zwischen 1,799 und 5,2 pCt. schwankte, bei Cirrhosis hepatis ein solcher zwischen 2,006 und 6,887 pCt., bei Cystovarium zwischen 1,818 nnd 5,435 pCt.

Zwischen specifischem Gewicht und Eiweissgehalt ergab sich gleichfalls kein festes Verhältnis, sodass man aus ersterem ebensowenig auf letzterem, wie auf eine bestimmte Krankheitsform schliessen kann. So entsprach bei Echinokokkenflüssigkeit 1009 spec. Gew. = 0,36 pCt. Eiweiss; bei Carcinoma peritonei dasselbe Gewicht einmal 2,6 pCt. — 1015 spec. Gew. ging in einem Falle von Cystovarium mit 5,435 pCt., in einem Falle von Carcinoma peritonei mit 3,962 pCt. Eiweissgehalt einher. — Vf. stellt schliesslich in einer dritten Tabelle seine Resultate mit dem aller übrigen Autoren zusammen. Es zeigt sich eine gute Uebereinstimmung mit diesen.

Erwähnenswert sind noch die Schwankungen des Eiweissgehaltes bei wiederholten Punktionen derselben Höhle. Verf. konnte die verbreitete Anschauung, dass allmählich steigender Gehalt prognostisch günstig, sinkender ungünstig sei, nicht durchweg bestätigen. Bei Carcinoma peritonei und Pyopneumothorax fand er das Gegentheil; die Eiweisswerte steigen gegen den Tod hin an. A. Loewy.

G. Treupel, Stoffwechseluntersuchung bei einem mit „Jodothyrin" (Thyrojodin) behandelten Falle von Myxödem und Mitteilung einiger Tierversuche mit Jodothyrin (Thyrojodin). Münch. med. Wochenschr. 38/96.

Zwölftägiger Stoffwechselversnch an einem 16jährigen Mädchen mit Myxödem. 3 Vortage, 6 Fütterungstage, 3 Nachtage. Constanz des eingeführten Stickstoffes nnd des Brennwertes der Nahrung bestand nur im letzten Teil des Versuches. Es fand sich in der mittleren Periode und auch auf die Nachperiode sich erstreckend, ein Ansteigen der N-Ausfuhr, die sich in drei Perioden verhielt wie 17,88 : 20,0 : 21,59. — Die Dosis des verabreichten Thyrojodins betrug pro die 2 g = 0,6 mg Jod. Verf. berichtet anschliessend noch über einige Tierversuche. Frösche, die Jodothyrin innerlich erhielten (von 0,18 bis 1,8 mg Jod entsprechend), vertrugen es vollkommen gut. In zwei Versuchen gelang es in ihren Schilddrüsen deutlich Jod nachzuweisen. Frösche, deren Schilddrüsen exstirpirt

wurden, starben nach 2—3 Tagen, ob infolge des Schilddrüsenmangels ist allerdings noch fraglich.

Ein Kaninchen erhielt Jodothyrin $2^1/_2$ Monate lang. In Leber, Milz, Pankreas, Magen, Niere, Gehirn, Muskeln wurde kein Jod gefunden, spurenweise in Embryonen eines trächtigen Kaninchens, das drei Wochen das Mittel erhalten hatte. — Einem Hund wurde ein Organ, das als Thymus diagnosticirt wurde, entfernt. Danach Symptome, wie nach Entfernung der Thyreoidea; Conpirung durch Jodothyrin. A. Loewy.

St. Klein, Die Regenerationsfähigkeit des Organismus bei den verschiedenen Varietäten der Anämie. Wiener med. Presse 1896, 12. Juli.

Verf. will sämmtliche mit nachweisbarer Aetiologie verlaufenden perniciösen Anämien einstweilen zur essentiellen Form zählen und dieser die Gruppe der schweren sekundären Anämie bei Neubildungen, Nierenentzündungen, Lebercirrhosen etc. gegenüberstellen. Lassen sich bei den letzteren Normoblasten im Blute nachweisen, so sind die Megaloblasten ein integrirender Bestandteil der perniciösen Anämien. H. F. MÜLLER fasst daraufhin die perniciöse Anämie als eine Knochenneubildung sui generis auf, die sich aus embryonale Megaloblasten enthaltenden Resten des Knochenmarks ausbildet. Doch ist diese Theorie nicht im stande, alle Erscheinungen ausreichend zu erklären.

Vf. hat 3 Fälle essentieller perniciöser Anämie beobachtet, die durch eine deutliche Tendenz zur spontanen Besserung bemerkenswert waren. In 2 Fällen fehlte jede erkennbare Ursache, der dritte zeigte im Kot Cercomonus intestinalis, Amoeba coli und Eier des Oxyuris vermicularis. Die Zahl der roten Blutkörperchen war bis auf eine Million gesunken; es zeigten sich starke Poikilocytose, Normo- und Megaloblasten. Das Protoplasma der letzteren färbte sich mit Triacid bräunlich-gelb, die Kerne grün. Bei Färbung mit Eosin-Methylenblau sah man das Protoplasma dicht mit seinen blaugefärbten Kernchen angefüllt. Anfangs betrug die Zahl der Normoblasten 200—625, die der Megaloblasten ca. 60. Besserte sich der Zustand, so stieg die Zahl der Normoblasten (bis 1000), die der Megaloblasten sank rasch. Die letzteren verloren dann die blaue Granulation, ihre Grösse, besonders die des Kerns, nahm ab. Die Megaloblasten näherten sich entschieden den Normoblasten; zu gleicher Zeit schwanden die Poikilocyten.

Die blaue Granulation der Erythrocyten, die sich auch bei sekundären Anämien findet und von GABRIEZEWSKI als Polychromatophilie beschrieben wird, ist als ein Ausdruck nicht voll entwickelter jugendlicher Zellindividuen aufzufassen. Da die Anwesenheit der Normoblasten im Blut eine Regenerationserscheinung darstellt, so ist ihre rasche Zunahme ein günstiges Zeichen, das im Zusammenhang mit der Besserung des Leidens steht.

Auch die Megaloblasten haben vermutlich eine regeneratorische Thätigkeit und sind als eine Selbstschutzmassregel des Organismus aufzufassen, da diese Elemente gerade in den embryonalen Phasen der raschesten und mächtigsten Entwicklung normalerweise auftreten. Diese megaloblastisch

Regeneration des Knochenmarks unterscheidet die heute unter der essentiellen Form zusammengefassten perniciösen Anämien von der sekundären Anämie. M. Rothmann.

W. Ebstein, Eigentümlicher Krankheitsverlauf bei Uterus unicornis und Einzelniere. Virchow's Arch. Bd. 145. S. 158.

Ein 21jähriges, früher gesundes Mädchen leidet seit $1^1/_2$ Jahren an Kurzatmigkeit und starkem Durst. Vor 2 Monaten machte sie ein Scharlachfieber durch, in dessen Gefolge Heiserkeit und leichte Albuminurie konstatirt wurde. Seit $^1/_2$ Monat tritt wiederholt mässiges Blutspucken auf. In der Klinik wird Heiserkeit, Beschleunigung der Puls- und Atemfrequenz, schleimig-eitriges, etwas blutiges Sputum konstatirt. Mehrfaches Nasenbluten, Erbrechen galliger Massen tritt auf, der Leib wird stark schmerzhaft. Nachdem die ersten beiden Tage reichlicher, eiweissfreier Urin entleert worden war, tritt am dritten nach 12stündiger Anurie plötzlicher Exitus ein.

Die Sektion ergiebt Defekt der rechten Niere, des rechten Ureters, des rechten Uterushorns nebst einem Teil der rechten Tube. Der linke Ureter ist infolge Drucks des linken Uterushorns verengt, in seinem oberen Teil jedoch dilatirt. Es besteht chronische Pyelitis mit Narbenbildung, Nephritis chronica atrophicans mit Cystenbildung und 2 kleinen Abscessen. Das Herz zeigt keine Hypertrophie, nur eine leichte Dilatation des rechten Ventrikels Es besteht chronische Bronchitis; am rechten Stimmband befindet sich eine Erosion. Das Knochenmark ist rot mit kernhaltigen roten Blutkörperchen.

Verf. hält Erbrechen und Nasenbluten für urämische Symptome bei beginnender hämorrhagischer Diathese. Der synkopal erfolgte Tod ist nicht durch die Urämie allein bedingt, sondern durch die unerträglich heftigen Leibschmerzen befördert. Als Ursache der letzteren ist der pathologische Prozess der Harnorgane anzusehen. Bemerkenswert ist, dass trotz des Bestehens einer Schrumpfniere keine Hypertrophie des linken Ventrikels sich entwickelt hat. M. Rothmann.

F. Göppert, Ein Beitrag zur Lehre der Lymphosarkomatose. Mit besonderer Berücksichtigung der üblichen Einteilungen. Virchow's Arch. Bd. 144. Supplementheft. S. 1.

Bei einem 3jährigen, bisher gesunden Knaben schwillt der Leib innerhalb 2 Monaten rasch an. Die Untersuchung ergiebt eine derbe Geschwulst in der Milzgegend, die bis zur Mammillarlinie reicht. Auch in der rechten Bauchseite liegt ein von der Leber nicht abgrenzbarer Tumor. Die Blutuntersuchung zeigt eine leichte Vermehrung der Leukocyten. Der Umfang des Leibes und der Verfall des Kindes nehmen rasch zu. Eine Probelaparotomie ist ergebnislos. Am nächsten Tage tritt der Exitus ein. Die Sektion ergiebt Sarkomatose beider Nieren und der Thymus, Atelectase des linken Oberlappens durch Druck vom Thymustumor, Schwellung der Inguinal- und retroperitonealen Drüsen, Axendrehung des Dünndarms.

Die Erkrankung der Thymus war durch kein sicheres klinisches Symptom erkennbar. Die Nierengeschwülste waren des fast völligen Mangels

an Albumen wegen nicht diagnosticirt worden. Die Veränderungen an der Thymus, sowohl einfache Hypertrophie, als auch bösartige Geschwulst, kommen sowohl primär, als auch als Teilerscheinung anderer Erkrankungen vor. Ein primäres Lymphosarkom der Thymus, wie es sich hier fand, ist jedoch eine Seltenheit. Palma hat ein der leukämischen Erkrankung vorangegangenes Thymussarkom beschrieben. Auch die Lymphdrüsen auf dem Wege von der Thymus zu den Nieren zeigen Lymphosarkom-Erkrankung. Die diffuse Infiltration der Nieren entspricht dem oft bei Leukämie erhobenen Befund.

Die Untersuchung des Knochenmarks des Femur ergab keine wesentlichen pathologischen Veränderungen; dagegen war das Mark der Rippen deutlich erkrankt. Die kleinen Rundzellen sind hier in der Ueberzahl und die normalen Bestandteile des Knochenmarks, die eosinophilen Zellen und teilweise auch die kernhaltigen roten Blutkörperchen fehlen. Daneben fand sich eine Erkrankung der innersten Periostschichten, bestehend in Auffaserung der präexistirenden Periostlamellen durch eingelagerte Zellen.

Es handelt sich hier um eine Lymphosarkomatose, ausgehend von der Thymus. An dem von Virchow definirten Begriff der Lymphosarkomatose als einer Einheit muss festgehalten werden. Dagegen fehlt dem Begriff Pseudoleukämie jede Berechtigung. Zu ihr werden ausser der Lymphosarkomatose noch 3 andere Krankheitsbilder gerechnet:

1. Der chronische idiopathische Milztumor der Erwachsenen („lienale Pseudoleukämie").

2. Der chronische idiopathische Milztumor der Kinder (Pseudoleukämie der Kinder). Hier findet sich ein der Leukämie ähnlicher Blutbefund.

3. Die sog. Uebergangsfälle von Pseudoleukämie zu Leukämie, die ein aleukämisches Stadium der Leukämie darstellen.

M. Rothmann.

W. F. Stevenson and **H. J. Michael**, A case of transperitoneal ligature of the commun iliac artery for diffuse traumatic aneurysm of the external iliac and commun femoral arteries; recovery. Lancet 1896, Jan. 25. p. 224.

Der vorliegende interessante, einen Unteroffizier betreffende Fall wird nur teilweise durch die Ueberschrift richtig wiedergegeben. Der früher völlig gesunde 35jähr. Pat. war auf dem Asphalt ausgeglitten, so dass er auf seinen linken Unterschenkel zu Fall kam. In kurzer Zeit entwickelte sich eine enorme pulsirende Geschwulst in der linken Leiste, in dieser die Faltung, sowie die über letzterer vorspringende, durch das Lig. Ponparti gebildete Leiste völlig ausgleichend. Nach vorübergehender Besserung wurden die Symptome wieder so dringend, dass man mittelst einer 1 Zoll unter dem Nabel beginnenden und ebensoweit nach unten reichenden Incision die Bauchhöhle und in der Mitte der A. iliac. comm. sin. das Bauchfell eröffnete. Nach Ligatur des Gefässes mit starker Seide hörte jede Pulsation auf und Heilung erfolgte pr. prim. int. Die Incision des Sackes musste auf sechs Wochen später verschoben werden, da die Unterbindung in aller Eile an einem sehr trüben November-Nachmittag ausgeführt worden war. Obschon der Sack sehr geschrumpft erschien, wurden $2^1/_4$ Pfund Gerinnsel noch

ausgeräumt. Der aneurysmatische Sack erstreckte sich von der A. iliaca comm. bis zum oberen Ende des Hunter'schen Kanals. Heilung erfolgte nach dieser fast blutlosen Operation durch Granulation.

Im Ganzen konnten von transperitonealen Arterien-Unterbindungen 4 der A. iliaca int., 3 der A. iliaca ext. und 2 der A. iliaca comm. mit nur einem einzigen Todesfall beigebracht werden. Die vorstehende Operation, welche als ausserordentlich leicht ausführbar geschildert wird, ist die zweite transperitoneale Ligatur der A. iliaca communis. P. Güterbock.

---

1) **Z. v. Manteuffel,** Die „üblen Zufälle" bei und nach Chlorform- und Aethernarkosen. Münch. med. Wochenschr. 1895, No. 12.

2) **R. Rosenfeld,** Aus dem allgemeinen Krankenhause in Karlsbad. Prag. med. Wochenschr. 1896, No. 23.

3) **H. Kionka,** Ueber Chloroform- und Aethernarkose. Eine Experimental-Untersuchung. (Aus dem pharmakol. Institut der Universität Breslau.) Arch. f. klin. Chir. L. S. 339.

1) Neben nur einer Früh-Syncope unter allen Chloroformnarkosen während 12 Jahren kamen unter 200 Narkosen während 2 Jahren 5 tödliche Spätwirkungen des Mittels vor, während 450 Aethernarkosen im gleichen Zeitraum 2 nicht-tödliche Pneumonien und 4 ebenfalls nicht-tödliche Bronchitiden entsprechen. Verf. glaubt, dass die seltene Frühsyncope bei Chloroform sich wohl vermeiden lässt und dieses deshalb nicht zu verwerfen ist. Dagegen ist die sekundäre Syncope sehr viel häufiger, und wenngleich in der Mehrzahl der Fälle, so doch nicht immer in ihren Folgen zu beseitigen. Die durch Degeneration verursachten nachträglichen Schädigungen der Cirkulation bezw. des Lebens sind weder vorauszusehen, noch zu beseitigen. Je reiner, je konzentrirter das Präparat des Chloroforms ist, desto gefährlicher ist es. Der Aether jedoch ist das ungefährlichere Narcoticum, und zwar weil seine Gegenanzeigen präzise zu stellen sind, was beim Chloroform nicht möglich ist.

2) Seit April 1895 wird in vorstehend bezeichnetem Krankenhause Aether zur allgemeinen Narkose gebraucht. Von den seitdem ausgeführten 150 Narkosen dauerten 48 eine Stunde und noch länger, einige 2—3 Stunden. Zur Anwendung kam die Jalbärd'sche Maske, bezw. eine Modifikation der Genfer Methode der Aethernarkose. Auf eine halbstündige Narkose kamen 180 ccm (ca. 130 g) Aether, eine Ziffer, welche die anderer Autoren übersteigt, weil absichtlich die Maske nicht ganz fest angelegt wurde. Künstliche Respiration war in keinem Falle erforderlich; in acht Fällen, in denen die Atmung flach und langsamer war, genügte Weglassen der Maske. Nachträgliche Aether-Bronchitis kam nicht vor, ebensowenig dauernde Pulsverlangsamung. Erbrechen beim Erwachen, in 70 Fällen konstatirt, hielt höchstens 2—3 Stunden an, der üble Aethergeschmack dagegen blieb, wenn die Narkose Morgens stattgehabt, bis Abends bestehen. Unter 96 Fällen, in denen der Harn untersucht worden, wurde in 4, und zwar nach längeren Narkosen, Albuminurie mit hyalinen Cylindern im Harn gesehen. In 3 Fällen verlor sich diese am Tage nach der Narkose, im 4. Fall nach weiteren 4 Tagen.

3) Aus dieser Arbeit können — den Zwecken dieser Zeitschrift gemäss — unter Verweisung auf das Original nur die Schlusssätze wiedergegeben werden:

I. Gemeinschaftlich für Chloroform und Aether. a) Die narkotisirende Dosis liegt sowohl für Chloroform wie für Aether sehr niedrig und variirt bei den verschiedenen Tieren. Es genügen von Chloroform 0,5 bis 1,3 Vol.-Proc. (= 3,6 bis 6,8 pCt. der Sättigung), von Aether 2,1—7,9 Vol.-Proc. (= 5,6—14,5 pCt. der Sättigung). b) Es kommen ausserordentlich grosse individuelle Verschiedenheiten bei den einzelnen Tieren in der Empfindlichkeit gegen Chloroform wie gegen Aether vor. Diese Schwankungen sind so gross, dass unter Umständen eine bestimmte Dosis für das eine Tier noch nicht zum Herbeiführen der Narkose ausreicht, die für ein anderes bereits gefährlich ist.

II. Unterschiede zwischen Chloroform und Aether. a) Aether besitzt eine breitere Narkotisirungszone, als Chloroform, d. h. die geringste Aethermenge, die zur Narkose ausreicht, darf sogar relativ erheblich überstiegen werden, ohne dass lebensgefährliche Komplikationen eintreten. b) Mit derselben Aetherdosis kann man längere Zeit hindurch kontinuirlich narkotisiren, mit Chloroform nur intermittirend, sonst stirbt das Tier. Ausserdem kann man die Aethernarkose, wenn sie erst einmal eingetreten ist, dann durch eine kleinere Dosis weiter unterhalten, die vorher nicht genügte, um das Tier in Narkose zu versetzen. c) Chloroform wirkt von vorneherein, schon vor Eintritt der Narkose, ungünstig auf Cirkulation und Atmung und führt rasch zu Atmungs- und weiterhin zu Herzstillstand. Aether hingegen lässt Respiration und Cirkulation intakt, reizt aber die Schleimhäute, auch solche, auf welche der Aetherdampf nicht direkt trifft, zu verstärkter Sekretion an. P. Güterbock.

---

1) **C. M. Moullin,** Some of the recent results of orchotomy for enlarged prostate. Lancet 1896, Febr. 8, p. 348.

2) **Helferich,** Ueber die Resection des Samenleiters als ein Hilfsmittel bei Prostatahypertrophie. Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Greifswald. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 2.

3) **Czerny,** Ueber die Castration bei Prostatahypertrophie. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg.) Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 16.

1) Von 12 Fällen von Castration bei Prostatahypertrophie verlor Vf. 2 am 9. resp. 5. Tage an Herzschwäche resp. Hirnapoplexie; zwei andere, 88 bezw. 80 Jahre alt, starben innerhalb der ersten 6 Monate nach der Operation, welche nach M.'s Ansicht lediglich das Leben verlängert hatte. In 2 weiteren Fällen, in denen übrigens nur ein Hoden entfernt worden war, folgte der Operation 1—2 Tage heftiges, aber nicht tödtliches traumatisches (?) Delirium. In allen Fällen, selbst in denen am 5. Tage tödtlichen, war eine Besserung des Hindernisses in der Urethrallichtung deutlich; bei der Sektion des am 9. Tage verstorbenen Patienten fand man die den Vorsprung der Prostata in die Blase überziehende Schleimhaut geschrumpft, mikroskopisch aber bot die Prostata selbst keine Atrophie.

Eine entsprechende Besserung der Harnentleerung war einige Male schon nach etlichen Stunden zu erkennen, endgültig nachweisbar aber stets nach Ablauf von einer Woche. Der Schwund der von der Prostata gebildeten Geschwulst war ein paar Mal so vollständig, dass man den Catheter gänzlich vom Rectum her durchfühlen konnte. Sehr auffällig ist die viel schnellere Besserung der Harnverhaltung nach der Castration gegenüber der bei Catheterbehandlung, immerhin ist nur ein kleiner Teil der Wirksamkeit ersterer auf Herabsetzung der Congestion zu schreiben. Zum Schluss erörtert Verf. die Möglichkeit des Ersatzes der Castratio duplex durch die einseitige Orchotomie (welche sich bei lediglich seitlicher Prostatahypertrophie empfiehlt) oder durch Unterbindung des Vas deferens.

2) Statt der Castration bei Prostatahypertrophie hat H. vor einem Jahre zuerst die Evulsion des Vas deferens ausgeführt, diese aber nach dem 2. Fall aufgegeben, weil nach dem an Pyelonephritis erfolgten Tode die Section ausgedehnte Sugillationen in der Gegend der Samenbläschen resp. der Hinterseite der Harnblase ergab. Seitdem hat er die Resektion eines Stückes des Vas deferens in 9 Fällen (in den letzten ohne jede Narcose) gemacht und er erachtet diese als eine ebenso leicht ausführbare wie harmlose Operation, deren Ergebniss in fast allen Fällen Besserung der Harnentleerung und der subjectiven Symptome war. Dagegen war in einer kleineren Anzahl von Fällen Verkleinerung der vorher abnorm grossen Prostata wenigstens vom Mastdarm aus nicht zu constatiren und in einem Falle machte sich vorübergehend lästiger Harndrang geltend. Ueberhaupt war in mehreren Fällen eine Besserung nach der Operation nicht zu constatiren. Worauf im Uebrigen ein etwaiger Erfolg beruht, entscheidet Vf. nicht; es ist wohl kein Zweifel, dass hier nervöse Einflüsse mitspielen. Ob die Resection des Samenleiters das Gleiche leistet wie die Doppelcastration, wagt Vf. ebenfalls nicht abzuurteilen.

3) Nach einer Kritik der theoretischen Begründung der Behandlung der Prostatahypertrophie durch Castration teilt Czerny 3 einschlägige Fälle eigener Erfahrung mit, in denen der Erfolg der Castration ein im höchsten Grade trostloser war. Bei allen 3 Patienten zeigte sich in Uebereinstimmung mit Bruns nach der Operation ein rapider Verfall der Kräfte. Der eine, ein 68jähriger Mann, bei dem die Prostata per rectum etwas verkleinert erschien, starb nach 16 Tagen an Pneumonie. Die Autopsie ergab vorgeschrittene Blasen- und Nierenveränderungen, Hypertrophie besonders des mittleren Lappens, Abscedirung beider Castrationswunden. Bei den beiden anderen Operirten, einem 67jährigen und einem 75jährigen Mann, war die Wirkung des Eingriffes auf Grösse der Prostata und auf Harnentleerung gleich Null während der allerdings kurzen Beobachtungszeit. Die Möglichkeit einer Besserung hier für die Zukunft nicht ganz ausschliessend will Cz. indessen die Anzeigen für die Castration bei Prostatahypertrophie sehr eingeschränkt wissen. Vorgeschrittene Pyelonephritis und Nierenerkrankung sowie hochgradige Altersveränderungen dürften die Castration ausschliessen; am besten eignet sie sich vielleicht bei frischer Harnverhaltung mit starker venöser Hyperämie einer gleichmässig hypertrophirten Prostata, doch ist sie hier besser durch die weniger eingreifende und weniger verstümmelnde Ligatur des Vas deferens zu ersetzen. Bei

unscheinbarer Geschwulst und bei Klappenbildung seitens der Prostata empfiehlt Cz. auf Grund eigener Erfahrungen eine häufigere Anwendung der galvanocaustischen Incision nach Bottini mittelst vorheriger Cocaïnisirung und verbesserter Apparate. P. Güterbock.

E. v. Bergmann, Ueber die Einheilung von Pistolenkugeln im Hirn nebst Bemerkungen zur Behandlung von Schusswunden im Kriege. Festschrift zur 100jährigen Stiftungsfeier des medicinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Institutes. Berlin 1895, S. 3.

Vf.'s Betrachtungen, welche von dem Mangel eines Nutzens und der Existenz einer grossen Schädlichkeit der primären Wunduntersuchungen und Nachforschen nach Kugeln wie Fremdkörpern ausgeht, um die antiseptische Occlusion (ohne Anwendung der Naht nach Langenbeck) und den immobilisirenden Verband zu empfehlen, bringt die Ergebnisse, welche die Prüfung seiner Grundsätze bei Behandlung von Schusswunden des Schädels in Friedenszeiten gehabt. Von 32 Fällen, in denen 7 und 9 mm-Revolverkugeln durch den Schädel in's Hirn gelangten, wurden 19 geheilt, 12 starben, bei 1 blieb der Ausgang unbekannt. Von den 12 Todesfällen kamen 8 auf die ersten 24 oder 48 Stunden, ohne dass die betreffenden Verletzten wieder zu Bewusstsein gelangten. Zieht man diese 8 Fälle ab, so berechnen sich auf 24 Verletzte 19 Heilungen. Für die Behandlung kann man die Hirnschusswunden je nach dem Grade der Bewusstlosigkeit in drei Kategorien unterscheiden, welche bestimmten anatomischen Läsionen entsprechen. Bei den Fällen mit voller Bewusstlosigkeit sind die Seitenventrikel eröffnet, es bestehen Blutergüsse hier und in den Hirnhäuten. Handelt es sich nur um localisirte Paralysen oder epileptische Krämpfe, so sind die motorischen Regionen vor und hinter dem Sulc. Rolando beteiligt. während in symptomlosen Fällen, die die Mehrzahl bilden, es sich um Verletzung von Hirnabschnitten handelt, von denen grosse Stücke ohne Ausfalls- oder Reizsymptom verloren gehen können. Die Frage der Therapie ist jetzt gegen früher daher eine rein anatomische dahin gehend, ob die Fortmeisslung der Bruchränder und die dadurch gegebene Vergrösserung der Knochenwunde sowie die Extraction der in dem Quetschungsherde steckenden Splitter verbunden mit dem Suchen nach dem Geschoss etwas in den Verhältnissen der betroffenen Teile bessern kann. In allen Fällen der symptomlosen Hirnschüsse und bei ganz frischen localisirten Läsionen will daher Vf. von der Trepanation absehen. Diese ist bei mit kleinen Oeffnungen in den Weichteilen versehenen Revolverhirnschüssen nur angezeigt 1) wenn eine Stelle im Schädel durchbohrt ist, unter welcher die A. meningea media zu liegen scheint und wo in charakteristischer Weise die Symptome von deren Verletzung sich entwickeln; 2) wenn die motorische Rindenregion getroffen ist und bald nach der Verletzung Reizerscheinungen (Krämpfe und Fingercontracturen auf der der Verletzung entgegengesetzten Seite) auftreten, so dass man an die Eintreibung eines Splitters denken muss. Secundär ist ausserdem die Trepanation sowol bei acuter wie später Entwickelung von Hirnabscessen erforderlich. Dass ausserdem besondere Verhältnisse, wie ausgedehnte tangentiale Auffurchung

des Schädels, Zerschmetterungen der Orbita mit Beteiligung der benachbarten Körperhöhlen und Aufreissung des Auges, zu Eingriffen Anlass geben können, ändert nichts an den an und für sich beschränkten Anzeigen der Trepanation bei Hirnschüssen in der Gegenwart.

P. Güterbock.

E. Niesnamoff, Ueber die quantitären Verhältnisse der Filtration und Secretion des Kammerwassers. v. Graefe's Archiv f. Ophthalm. XLII. 4, S. 1.

N. stellte eine Reihe von Versuchen an toten und lebenden Augen, an, um die Filtrationsverhältnisse derselben zu prüfen. Er fand, dass eine vollständig reine physiologische Kochsalzlösung constant in unveränderter Stärke durch den Kammerwinkel eines todten Auges filtrirt. Die Filtration wächst proportional mit dem Druck, unter dem die Flüssigkeit steht, also auch mit dem intraocularen Druck. Ausserdem hängt dieselbe bei den verschiedenen Tieren ab von den Dimensionen der vorderen Kammer d. h. von der Grösse der Fläche, durch welche die Flüssigkeit filtrirt wird. Bei Anwendung nicht ganz reiner Flüssigkeiten oder solcher, in welchen unlösliche Stoffe suspendirt sind, nimmt die Filtrationsfähigkeit allmählich ab und die Filtration kann völlig in Stockung geraten, was auf eine allmähliche Verstopfung der Poren der Gewebe schliessen lässt. Das Pigment des die Ciliarfortsätze und die hintere Oberfläche der Iris bedeckenden Epithels kann, wenn es in die vordere Kammer hinein gelangt, eine allmähliche Abnahme des Filtrationsvermögens und Erhöhung des intraocularen Druckes bewirken. Die Filtration in frischen Leichenaugen vom Menschen vollzieht sich ganz in der gleichen Weise, wie in den Augen frischer Tierleichen. Die Filtration des Kammerwassers im lebenden Tierauge ist bei gleich hohem Druck der Filtration im toten Auge des betreffenden Tieres ungefähr gleich. Die Absonderung des Kammerwassers ist proportional der Differenz zwischen dem intraocularen Druck und dem Druck in den Gefässen. Dieselbe vollzieht sich auf dem Wege der Filtration durch die Gefässwände des Ciliarkörpers, wobei der Druck in den Gefässen ungefähr doppelt so gross ist, als der intraoculare Druck.

Horstmann.

J. Herrnheiser, Experimentelle Untersuchungen über die Veränderungen in den inneren Augenhäuten nach kleinen Verletzungen. Arch. f. Augenheilk. XXXIII, Ergänzungsheft S. 103.

H. verletzte mit einer glühenden Drahtschlinge bei etwa 200 Kaninchenaugen den Augenhintergrund. Bei 46 liessen sich danach pathologische Vorgänge zwischen der verletzten Stelle des Augengrundes und der Papilla nervi optici feststellen. Es bildeten sich eigentümliche weisse Flecke in der Netzhaut und degenerative Veränderungen an der Papille. Vom Pigmentepithel der Retina erfolgte eine starke Einwanderung in deren vordere Schichten. Im Glaskörper traten vermehrte Wanderzellen und Wucherungen bindegewebiger Massen auf, ähnlich denen, wie sie für die Retinitis proliferans beschrieben sind. Ein Ersatz functionsfähiger Netzhautsubstanz fand nie wieder statt. H. ist auf Grund seiner Versuche der Ansicht, dass

Digitized by Google

jede Verletzung der Netzhaut und Aderhaut eine dauernde Schädigung derselben bedeutet, deren weitere Folgezustände unberechenbar sind.

Horstmann.

R. Hischmann, Ein Fall von luetischem Primäraffect der Conjunctiva. Wiener klin. Wochenschr. 1896, No. 52.

Am rechten oberen Lid eines 37jährigen Mannes liess sich an der inneren Hälfte eine harte Geschwulst durchfühlen, welche bis zum Orbitalrande reicht. Derselben entsprechend fand sich im Bindehautsack sowohl auf der Conjunctiva tarsi wie dem gegenüberliegenden Teil der Conjunctiva bulbi ein Geschwür, das sich im Fornix vereinigte. Der Patient, welcher nie syphilitisch war, glaubt sich mit dem Handtuch, das ein Syphilitischer gebraucht hatte, inficirt zu haben. Unter Jodoformeinstreuungen und Application gelber Salbe nahm die Lidschwellung zwar ab, das Geschwür aber verkleinert sich nur langsam. Später traten ein maculöses Exanthem und breite Condylome ad anum auf. Nach einer Schmierkur gingen sämmtliche Erscheinungen an den Lidern, der Conjunctiva und am übrigen Körper zurück. Horstmann.

B. Hoffmann, Ausgedehnte, nicht inficirte Thrombose mehrerer Hirnsinus und der Jugularis infolge einer Operationsverletzung des Sinus transversus. Heilung. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXX. S. 17.

Bei einer 40jähr. Frau traten während einer durch ausgedehnte Otitis media notwendig gewordenen Aufmeisselung des Warzenfortsatzes infolge Auskratzung mit dem scharfen Löffel Blutung aus dem Sinus transversus und im Anschluss daran schwere cerebrale Erscheinungen: Verminderung der Pulsfrequenz, Schwindel, Erbrechen, Somnolenz, Delirien, Neuritis optica, Facialislähmung der gegenüberliegenden Seite ein. Ein hierdurch bedingter erneuter Eingriff, bei dem auf Grund der gekreuzten Facialislähmung die Möglichkeit eines Hirnabscesses in Rechnung gezogen war, ergab den Sinus transversus in dem grössten Teil seines Verlaufes durch einen obturirenden Thrombus verschlossen, der sich nach unten in die Vena jugularis fortsetzte. Unter baldigem Nachlass der bedrohlichsten Hirnsymptome trat vollständige Heilung ein.

Anknüpfend hieran giebt Verf. noch einen Ueberblick diesbezüglicher, in der Litteratur bekannter Fälle. M. Leichtentritt.

H. Schwartze, Cholesteatoma verum squamae ossis temporum. Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 41. S. 207.

Das von Sch. in der Sektion für Ohrenheilkunde der Naturforscher-Versammlung zu Frankfurt a. M. im September 1896 demonstrirte Präparat enstammt der Leiche eines an Phthisis pulmon. verstorbenen 41jährigen Mannes. Anamnestisch nichts Positives bekannt. Es handelt sich um einen fast kreisrunden Tumor (Cholesteatom) von der Gestalt einer bikonvexen Linse in der Squama des rechten Schläfenbeins, der bis an die Pars petrosa heranreicht und die Squama nach aussen und innen verdrängt hat. Die weitere Untersuchung des Schläfenbeins ergab keine pathologischen Ver-

änderungen, nur am verdickten Trommelfell fand sich eine Narbe. Sch. hält es für wahrscheinlich, dass der Tumor seine Entstehung der Absprengung von Plattenepithel in der Entwickelungsperiode verdankt. Schwabach.

Wegener, Zur mechanischen Behandlung der Sklerose der Paukenschleimhaut. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 41. S. 199.

W. empfiehlt einen Apparat, den er „Vibrationsmasseur" nennt, zur Behandlung der Paukenschleimhaut (Beschreibung und Abbildung s. i. Orig.), der, ähnlich wie der Delstanche-Rarefactor, den Zweck hat, die Luft im äusseren Gehörgang abwechselnd zu verdichten und zu verdünnen, wodurch das Trommelfell mit den Gehörknöchelchen erst nach innen gedrückt wird und dann wieder in seine normale Stellung zurückkehrt. Vor dem Delstanchen-Instrument soll das von W. konstruirte den Vorzug der schnelleren Thätigkeit haben. W. hat seinen Apparat bisher nur bei 6 Patienten angewandt, bei denen Luftdouche per Kath. keine Besserung bewirkt hatte. Die Hörfähigkeit wurde zwar auch durch den Vibrationsmasseur nicht gebessert, wohl aber die subjektiven Geräusche in 4 Fällen wesentlich vermindert. Schwabach.

Neumayer, Untersuchungen über die Funktion der Kehlkopfmuskeln. Arch. f. Laryng. u. Rhinol. IV. (3)

Verf. ist der Meinung, dass die Kadaverstellung der Stimmbänder im toten Kehlkopf durch die Totenstarre in hohem Grade modificirt werden kann. Die durch dieselbe bedingten Glottisformen nähern sich in den meisten Fällen der Phonationsstellung. Es ist dies auf das Uebergewicht der Schliesser über die Oeffner zurückzuführen, welche nicht nur an Zahl, sondern auch an Masse überwiegen. Die Methode des Verf.'s, die künstliche Muskelstarre zum Studium der Funktion der einzelnen Muskeln zu benutzen, vermag vollkommen brauchbare Resultate zu geben. Bei Lähmung des einen M. cricothyreoideus erfolgt durch Kontraktion des gleichnamigen Muskels der anderen Seite eine Drehung des Ringknorpels innerhalb des Schildknorpels. Es wird hiedurch der Scheitel des Ringknorpelbogens nach der nicht gelähmten Seite zu verzogen, während die Ringknorpelplatte nach der entgegengesetzten Seite ausweicht. Der Schiefstand der Glottis resultirt hieraus. Die M. cricothyreoidei vermögen bei ihrer Kontraktion die Stimmbänder nach der Medianlinie des Kehlkopfes hin zu bewegen. Die bei tiefer Inspiration zu beobachtende perverse Verengerung der Stimmritze ist nicht auf Aspiration der Stimmbänder durch die einströmende Luft, sondern auf die Kontraktion der M. sternothyreoidei zurückzuführen. Die vertikale Portion des M. cricoarytaenoid. postic. besorgt vorzüglich die Erweiterung der Stimmritze, während die horizontale den Aryknorpel nach rückwärts fixirt. Der Glottisschluss kommt in der Gegend der Aryknorpel dadurch zu stande, dass sich nur die Spitzen derselben mit den aufliegenden Santorini'schen Knorpeln aneinander legen. Die Basen und die Innenflächen der beiden Aryknorpel nähern sich zwar, kommen aber nicht zu vollständiger Berührung. W. Luhlinski.

Digitized by Google

Gluck, Die Behandlung der Larynxsyphilis mit hochdosirten intramuskulären Sublimatinjektionen. Wiener med. Wochenschr. 1897, No. 1/2.

Verf. hat mit seinen hochdosirten (3- und 5proc.) Sublimatinjektionen die sekundär-syphilitischen Veränderungen im Kehlkopf besonders schnell schwinden sehen, ohne dass eine lokale Behandlung stattfand. Die Zahl der Injektionen betrug bei den mit 5proc. Lösungen Behandelten im Durchschnitt 3,6 (Minimum 1, Maximum 7), bei den mit veränderlichen Dosen im Mittel 5,3 (Minimum 4, Maximum 8). Die Behandlungsdauer der mit 5proc. Lösungen behandelten Fälle währte im Durchschnitt 24,6 Tage, die Heilung der mit verschieden dosirten Lösungen behandelten 23,6 Tage.

W. Lublinski.

---

v. Rátz, Ueber die Barbonenkrankheit (Büffelseuche). Deutsche Zeitschr. f. Tiermed. 1896, Bd. 22, Heft 5, S. 329—341.

In Ungarn tritt hauptsächlich im Sommer unter den Büffeln eine Seuche auf, welche 80—90, ja bis 96 pCt. von dem Viehstande dahinrafft. Die Seuchen verlöschen meist nach 8—10 Tagen, die befallenen Tiere verenden fast regelmässig innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Erkrankung. Meist werden junge Büffel von der Seuche ergriffen, sind die Tiere über 6 Jahre, so sind sie fast immun. Ob dies eine Altersimmunität oder darauf zu beziehen ist, dass die Tiere die Krankheit bereits einma überstanden haben, ist mit Sicherheit nicht festgestellt. Das Eindringen des Infectiousstoffes kaun sowohl vom Verdauungskanal wie von der Haut aus geschehen. Dass die Initialstelle oft an den oberen Verdauungswegen liegt, dafür sprechen die anatomischen Veränderungen. Man findet eine harte Infiltration am Zungengrunde, am Kehlkopfeingang und am Halse, verbunden mit hochgradigem Fieber und Schweratmigkeit. Von den Haustieren sind die Schweine sehr empfänglich, und es pflegt die Seuche gleichzeitig unter diesen Tieren Verheerungen anzurichten. Der Erreger der Krankheit ist ein dem Bacillus der Hühnercholera und Wildseuche sehr ähnlicher Mikroorgauismus, es ist ein kurzes Stäbchen, etwa $^1/_4$ so dick wie lang, mit abgerundeten Enden, welches sich an den Polenden am intensivsten färbt, während der mittlere Teil meist ungefärbt bleibt.

H. Bischoff.

Poppert, Ueber Eiterung durch keimfreies Catgut. Deutsche med. Wochenschrift 1896, No. 48.

Häufig haben die Chirurgen bei Anwendung von Catgut darüber zu klagen, dass sich um das Nahtmaterial kleine Eiterherde bilden, welche die Heilung der Wunden hinausschieben. Bereits mehrfach sind darüber Untersuchungen angestellt worden, welche meist dazu führten, ein neues Sterilisationsverfahren des Catguts zu empfehlen. P. hat auch Untersuchungen angestellt, konnte aber aus dem fraglichen Catgut Bakterien nicht züchten, obwohl dasselbe, wenn es Thieren unter die Haut gebracht wurde, circumscripte Eiterungen hervorrief. Er führt daher die auftretenden Entzündungserscheinungen darauf zurück, dass dem Catgut häufig von seiner Fabrikation her Stoffe anhaften müssen, welche eine rein chemische Eiterung durch Chemotaxis hervorrufen, ohne dass dabei lebende Mikro-

Digitized by Google

organismen beteiligt sind. Auch bei dem Gebrauch grösserer Mengen solchen Catguts ist eine Intoxication nicht zu befürchten, denn wenn auch der menschliche Körper mit Fieber reagirt, so sind doch anderweitige Störungen des Allgemeinbefindens nicht beobachtet worden. Da aber der Wundverlauf durch diese Stoffe beeinträchtigt wird, so müssen wir den Gebrauch solchen Catguts vermeiden. P. empfiehlt daher das Catgut, bevor es benutzt wird, durch Tierversuch zu prüfen, und zwar genügt es in praxi, wenn von jeder Sendung eine Anzahl Proben zur Untersuchung bestimmt werden. Stellt sich Eiterung ein, so muss die Sendung genauer untersucht werden und die mit diesen chemotactisch wirkenden Körpern behafteten Fäden sind zu verwerfen, da bisher kein Mittel bekannt ist, das Catgut von diesen Stoffen zu befreien. H. Bischoff.

Solomin, Ueber die beim Erhitzen der Milch ausfallenden Eiweissmengen. Arch. f. Hyg. 1896. XXVIII. (1.) S. 43.

Die Abscheidung von Eiweisskörpern scheint erst bei Erhitzung bis auf 60° zu erfolgen, vielleicht handelt es sich dabei um das Lactoglobulin, dessen Vorkommen in der Milch mehrfach angegeben ist. Das Lactoalbumin coagulirt je nach der Concentration und dem Salzgehalte bei 72—80°. In diesen Rückständen fanden sich zumeist auch deutlich nachweisbare Spuren von organischem Phosphor neben der an Calcium gebundenen Phosphorsäure, was dafür spricht, dass die Rückstände auch Caseïn eingeschlossen hatten. Auch beim Erhitzen bis 100° war die ausgeschiedene Eiweissmenge meist geringer als dem Gehalte der Milch an Albumin entsprach. Beim Erhitzen auf 110—120° wurden meist nicht mehr Eiweisskörper abgeschieden als bei Siedetemperatur, jedoch machte sich eine gewisse Abhängigkeit von der Zeit der betreffenden Temperatureinwirkung geltend. Es fanden sich aber grosse Schwankungen, welche nicht nur von der Concentration und dem Salzgehalt abhängig, sondern auch durch den Fettgehalt der Milch bedingt sind, auch der Säuregrad dürfte von Einfluss sein. Beim Erhitzen der Milch im Autoclaven auf 130—140° wird das Caseïn und Albumin fast vollständig abgeschieden. Gleichzeitig werden etwa die Hälfte aller Aschenbestandteile von dem entstehenden Coagulum eingeschlossen, und zwar wird wohl aller an Phosphorsäure gebundener Kalk dabei mitgefällt. H. Bischoff.

Maul, Zur Beurteilung des Trinkwassers. Münchener med. Wochenschr. 1896, No. 45.

Verf. unterzieht die Leistung der chemischen und bakteriologischen Trinkwasseranalyse einer Kritik. Die bakteriologische Diagnose kann nach ihm nur etwas leisten, wenn man die Versuchsbedingungen so gestaltet, dass die Saprophyten möglichst ausgeschaltet werden. Er erreichte dies dadurch, dass er das Nährmaterial stark alkalisch machte und bei Blutemperatur untersuchte. Dann wurden die Saprophyten ganz zurückgedrängt, während Darmbakterien gut wuchsen. Die Diagnose, dass Fäkalstoffe in's Wasser gelangt sind, soll ausserdem durch den Nachweis von

Ammoniak und salpetriger Säure gestützt werden. M. empfiehlt daher, die chemische Analyse stets auszuführen, da sie ein wichtiges Hilfsmittel zur Orientirung und leicht auszuführen ist.

(Die Leistungen der chemischen wie bakteriologischen Wasseruntersuchung werden vom Verf. bedeutend überschätzt. Das Auftreten von Ammoniak und salpetriger Säure ist gar kein Beweis dafür, dass Fäkalstoffe in's Wasser eingedrungen sind, sondern diese Stoffe können im Boden auch durch Reductionsprocesse entstehen, besonders wenn die Durchlüftung des Bodens ausgeschlossen ist. Auch der Bakteriengehalt nnd die Art der Bakterien ist kein Index für eine Wasserinfection. Den einzigen sicheren Anhalt dafür, ob ein Brunnen gut oder schlecht ist, giebt eine sachgemässe Inspection. Ist der Brunnen gegen Einflüsse geschützt, so ist er nicht infectionsverdächtig, lassen sich aber Defecte nachweisen, durch welche von der Oberfläche her Einflüsse stattfinden können, so ist ein solches Wasser zu beanstanden, mag die Bakterienzahl noch so gering und das Wasser chemisch noch so vorzüglich sein. Der einzige Wert, welcher der chemischen Analyse zur Zeit beigemessen werden kann, besteht darin, dass sie uns nachweist, ob ein Wasser ekelerregend ist oder nicht. Dies erfahren wir jedoch meist ebenso gut durch Prüfung mit unserem Geruch- nnd Geschmacksinn. Die Fragen der Trinkwasseruntersuchung sind ausführlich behandelt worden auf den beiden letzten Versammlungen des Vereins für öffentliche Gesnndheitspflege nnd in den Arbeiten von Harrazim und Flügge im 22. Bande der Zeitschrift für Hygiene. Ref.) H. Bischoff.

Loesch, Contribution au diagnostic de la tuberculose par la tuberculine. Arch. de sc. biolog. St. Pétersbourg 1896, No. 5.

L. hat Kaninchen, Meerschweinchen, Kälber und Hunde mit Tuberkulin behandelt, nachdem er sie teilweise zuvor tubekulös gemacht hatte, und hat bei den Tieren die Temperatur gemessen und das Blut untersucht. Er kommt zu folgenden Resultaten:

1. Die Veränderung des Blutes, welche durch das Tuberkulin bei tuberkulösen Tieren hervorgerufen wird, ist ein feinerer Index als die Temperatursteigerung.

2. Infolge einer Tuberkulin-Injektion beobachtet man bei tuberkulösen Tieren nach 2—4 Stunden eine merkliche Abnahme der weissen Blutkörperchen, was bei gesunden Tieren nicht der Fall ist.

3. Bei den tuberkulösen Tieren ist die Leukocytose am ausgesprochensten nicht am Tage nach der Injektion, wie bei gesunden Tieren, sondern nach Verlauf von 2 Tagen.

4. Bei gesunden Tieren steigt die Temperatur nach der Injektion des Tuberkulins um 1 Grad und mehr; daher kann man aus der Temperatnrsteigerung allein nicht beurteilen, ob ein Tier tuberkulös ist oder nicht.

5. Bei gesunden Meerschweinchen steigt die Temperatur nach einer Tuberkulin-Injektion im Verlauf von 1 oder 2 Stunden beträchtlich; allein darnach fällt sie schnell, derart, dass man nach 5—6 Stunden eine Temperaturerhöhung nicht mehr nachweisen kann.

Digitized by Google

6. Die Abnahme der Zahl der Leukocyten bei tuberkulösen Tieren nach einer Injektion von Tuberkulin tritt stets ein.

7. Bei den Kälbern ist die Abnahme der Leukocyten nach 2 Stunden am ausgesprochensten, darnach entwickelt sich die Leukocytose schneller, als bei den Kaninchen.

8. Bei milzbrandkranken Kaninchen ruft das Tuberkulin einen Temperaturabfall hervor und ist ohne charakteristischen Einfluss auf das Blut.

9. Aller Wahrscheinlichkeit nach wirkt das Malleïn auf die weissen Blutkörperchen bei rotzkranken Tieren ebenso, wie das Tuberkulin bei tuberkulösen Tieren. H. Bischoff.

Schütz, Ueber das Verhalten der Gärtner'schen Fettmilch bei der Magenverdauung. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 48.

Sch. hat gefunden, dass die Fettmilch aus dem Magen, besonders wenn derselbe erkrankt ist, stets schneller verschwindet, als die gewöhnliche Kuhmilch. Er empfiehlt sie daher für die Ernährung Magenkranker im Allgemeinen, besonders aber für Patienten mit Ulcus ventriculi und bei Mastkuren, vorausgesetzt, dass sie bei reichlichem Genusse nicht so leicht Widerwillen erzeugt oder Störungen von Seiten des Darmkanals hervorruft, wie gewöhnliche Kuhmilch, was der Fall zu sein scheint.

H. Bischoff.

C. Lucas und **A. Lane,** Two cases of carbolic acid coma induced by the application of carbolic compresses to the skin. The Lancet 1895, No. 22.

Um bei Operationen die Umgebung der Wunde gründlich zu desinficiren, lassen die Verff. einige Stunden vor Beginn der Operation in 5proc. Carbolsäure getauchte Compressen auf die betreffenden Stellen auflegen; bisher wurden unangenehme Zufälle dabei nicht beobachtet. In den beiden hier beschriebenen Fällen traten jedoch schon kurze Zeit nach der Application der Compressen schwere Intoxicationserscheinungen auf. Der erste Fall betraf einen 15jährigen, der zweite einen $6\frac{1}{2}$jährigen Knaben. Die hauptsächlichsten Vergiftungserscheinungen waren folgende: Zunächst schwerer Collaps, begleitet von Temperaturabfall, äusserst frequentem, schwachen Puls, Erbrechen und profusem Schweiss. Dann tritt ein vollständiges Coma ein mit stertorösem Atmen und Erlöschen des Cornealreflexes, der Puls wird fast unfühlbar, die Frequenz steigt auf 150—200; in dieser drohenden Herzparalyse liegt natürlich die Hauptgefahr. Trotz des tief comatösen Zustandes bleibt die Pupillenreaction auf Licht erhalten; im ersten Falle war die Pupille mässig contrahirt, im zweiten Falle erweitert, doch war dies hier wohl durch das als Antidot gegebene Atropin bedingt. Hände und Arme waren leicht tetanisch contrahirt, die Urinsecretion stockte. Im ersten Falle blieb der Patient acht, im zweiten vier Stunden bewusstlos. Ganz allmählich hob sich der Puls, die Atmung wurde freier und regelmässiger und die Patienten erholten sich; doch blieb noch 2—3 Tage Erbrechen und „Carbolurie" zurück. Dass diese an Urämie erinnernden Intoxicationserscheinungen lediglich durch äussere Anwendung des Carbols hervorgerufen wurden, zeigt sich namentlich deutlich

bei dem ersten Fall: sobald Patient sich wieder völlig erholt hatte, sollte die bis dahin unterbliebene Operation unternommen werden. Wiederum erhielt Patient vorher eine Carbolcompresse und wiederum zeigten sich, allerdings in leichterem Grade, die oben erwähnten Vergiftungssymptome; dieselben verschwanden nach Entfernung der Compressen und gründlichem Abwaschen der betreffenden Hautpartie mit heissem Wasser; aber auch hier blieb der Urin noch zwei Tage lang dunkel. K. Kronthal.

---

1) **G. R. Murray,** After-history of the first case of myxoedema cured by thyroid extract. Brit. med. journ. No. 1832.
2) **Wm. R. Parker,** A cretin treated by thyroid extract. Ebenda.
3) **H. M. Fisher,** The use of thyroid extract in conditions of lowered vitality other than cretinism and myxoedema. Med. News 1896, No. 18.

1) MURRAY, bekanntlich der Erfinder der Schilddrüsenextracttherapie, berichtet nunmehr über die weiteren Schicksale des ersten von ihm im April 1891 in Behandlung genommenen Falles. Es handelte sich damals um eine 46jährige Frau, die bereits weit vorgeschrittene Zeichen des Myxödems zeigte. Die Schwellungen sind verschwunden, die Haut ist weich und feucht, das Haar wieder gewachsen, die Temperatur normal, die Patientin, die mit einem Arbeiter verheiratet ist, führt wie in früheren gesunden Tagen ihre Wirtschaft. Allerdings nimmt sie noch fortgesetzt 1 Drachme Thyreoidextract pro Woche, bei längerem Aussetzen des Mittels zeigten sich mitunter leichte Rückfallserscheinungen.

2) Der Fall betraf ein etwa achtjähriges Mädchen, das vor Beginn der Behandlung starke Anschwellungen fast am ganzen Körper hatte, regungslos dalag, weder aufstehen, noch gehen konnte, Niemanden kannte, nicht sprach, fortwährend schlief etc. Das Kind erhielt Thyreoidtabletten, anfangs 5 Gran pro Woche, später 10, schliesslich 14. Schon nach kurzem Gebrauch konnte sie aufsitzen, allein aufstehen, die vorher völlig darniederliegende Verdauung hob sich, eine Nabelhernie verschwand. Allmählich wurde das Kind immer lebhafter, die Schwellungen gingen zurück, gesunde Zähne brachen durch, das Längenwachstum nahm zu, das Mädchen machte den Eindruck eines gesunden 2—3jährigen Kindes; nur die Sprache blieb mangelhaft. Irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen riefen die Tabletten nicht hervor, doch beabsichtigt P. nicht, die bisher erreichte Dosis von 14 Gran pro Woche zu überschreiten.

3) Eine 47jährige Frau hatte an der rechten Fusssohle ein seit vier Jahren bestehendes ringförmiges Geschwür; dasselbe war mit schlechten Granulationen bedeckt, die Haut ringsum verdickt und ekzematös. Die Wunde wurde mit Salicylzinkpuder bestreut und mit 2proc. Karbolwasser verbunden, innerlich erhielt Pat. Schilddrüsenextract, zunächst 0,3 g pro die, später 0,6 und 1,2 g. Schon nach kurzer Zeit besserte sich das Aussehen des Geschwürs, das nach etwa 2 Monaten, ohne weitere locale Behandlung vollständig zuheilte. Die grossen Dosen von 1,2 g riefen Erscheinungen von Thyreoïdismus (Ohnmacht, Pulsbeschleunigung) hervor, so dass die Dosen sehr bald verringert werden mussten; im Uebrigen

wurden die Tabletten sehr gut vertragen. Bemerkt sei noch, dass trotz monatelangen Gebrauchs von Schilddrüsenextract keine Gewichtsabnahme bei der Patientin constatirt werden konnte. K. Kronthal.

---

1) **Krückmann,** Ein Vergiftungsfall mit Behring'schem Diphtherie-Heilserum. Ther. Monatsh. 1896. S. 318.
2) **S. Purjesz,** Zur Kritik der Serumtherapie. Wiener med. Presse 1896, No. 26.
3) **O. Soltmann,** Die Resultate mit dem Behring'schen Heilserum im Kinderkrankenhause 1895. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 42. S. 1.
4) **A. Gottstein,** Ueber Todesfälle, welche bei Anwendung des Diphtherieheilserums beobachtet worden sind. Therap. Monatsh. 1896. S. 269.

1) K. injicirte einem Diphtheriekranken $^5/_6$ des Behring'schen Heilserums No. 2, sich selbst als Prophylaktikum den Rest von $^1/_6$. Bald nach der Injection dieser kleinen Menge schwoll die Umgebung der Injectionsstelle bei K. beträchtlich an — $^1/_2$ Stunde später verspürte K. sehr heftiges Jucken der Kopfhaut. — Nach Verlauf einer weiteren $^1/_2$ Stunde zu Hause angelangt, empfand K. Schwindel und Ohrensausen, dazu gesellten sich Angina cordis, äusserste Hinfälligkeit bei Kleinheit des Pulses. Das Gesicht war purpurroth; bald brach ein Urticariaausschlag über den ganzen Körper aus. — Die Körpertemperatur betrug 39°. — Weiter vermerkt Verf.: Auftreibung des Unterleibes, Erbrechen, 24stündige Anurie. — Nachdem dieser Zustand, der besonders durch das Gefühl äusserster Prostration höchst quälend war, über 24 Stunden angedauert hatte, trat ziemlich schnell Genesung ein, so dass K. schon am Nachmittage des zweiten Tages im Stande war, seinen Diphtheriekranken zu besuchen. — Derselbe war in voller Reconvalescenz; es hatten sich keinerlei unangenehme Nebenwirkungen im Gefolge der Injection bei ihm eingestellt. — Der nach 24 Stunden zuerst von K. gelassene Harn enthielt kein Eiweiss. K. hatte sich schon früher wiederholt Heilserum zu prophylaktischen Zwecken ohne jeden Schaden eingespritzt.

2) Kossel hat in der Deutschen medicinischen Wochenschrift (1896, No. 22) einige statistische Tabellen veröffentlicht, die nach seiner Analyse zu Gunsten der Serumtherapie sprechen. Demgegenüber glaubt Verf. aus denselben Tabellen Kossel's sowie einigen anderen statistischen Angaben verschiedener Autoren die Behauptung begründen zu können, dass schon seit dem Jahre 1888 — also lange vor Anwendung des Serums — eine Abnahme der Sterblichkeit an Diphtherie sich continuirlich vollziehe. Mangels anderer erheblicher Ursachen kann nach Verf.'s Auffassung der Grund dieser Erscheinung der Hauptsache nach nur in einem Milderwerden des Genius epidemicus gesucht werden.

3) Von 439 Diphtheriekranken, die im Jahre 1895 zur Aufnahme kamen, wurden 423 mit Serum injicirt; von diesen Injicirten starben 88 = 20,8 pCt. Von 127 unter Serum intubirten Croupfällen starben 50 = 39 pCt. Wird bei frischen Croupfällen rechtzeitig injicirt und gleichzeitig wegen der Stenose intubirt, so schwinden häufig überraschend schnell die Erscheinungen der Stenose, des Lufthungers und der Cyanose, weil durch

die schnellere Verflüssigung der Membranen einerseits, durch das Schwinden des intracartilaginösen Oedems der Rima andererseits die Aryknorpel nach der durch die Intubation beseitigten Stenose nun nicht mehr nach entferntem Tubus von Neuem mechanisch medianwärts fixirt und in ihrer Abduktionsbewegung behindert werden. Kommen aber die Patienten erst in den späteren Stadien des Croup zur Serumiujektion, so verbreitet sich trotz der Serumbehandlung der croupöse Prozess leicht tiefer hinab bis in die Alveolen hinein; denn die durch das Serum verflüssigten Membranen der kleineren Bronchien werden bei insufficienter Expektoration und ziehender Inspiration leicht nach abwärts gerissen und führen dann zu fast immer tödlichen Aspirationspneumonien. Bezüglich der Dosirung rät Verf., durchschnittlich grössere Gaben, als bisher gebräuchlich, zu verwenden; man kann dies jetzt um so eher thun, als mit der Anwendung des hochwertigen Serums die Bedenken gegen den Carbolgehalt desselben schwinden.

4) Verf. stellt aus der Litteratur eine Anzahl von Mitteilungen zusammen, welche über Todesfälle berichten, in denen ein Zusammenhang mit einer voraufgegangenen Injektion von Diphtheriheilserum für möglich erachtet wurde. Es sind dies 7 Todesfälle bei diphtheriekranken Kindern und 4 bei nicht diphtheriekranken. Verf. nimmt an, dass es sich wenigstens in einzelnen dieser Fälle um Fibrinfermentintoxikation handle.

Stadthagen.

H. Hammer, Ueber multiple primäre Neoplasmen des Dünndarmes. Prag. med. Wochenschr. 1896, No. 20.

Primäre Neoplasmen des Dünndarmes gehören in der Regel zu den seltenen Erscheinungen. Einen solchen Fall, in dem es sich sogar um multiple Neubildungen genannter Art handelte, hat Verf. in der Landeskrankenanstalt zu Brünn beobachtet. Es kam ein 40 Jahre alter Mann zur Obduktion, der unter den Erscheinungen eines Tumor peritonei und denen einer linksseitigen Pneumonie verstorben war. Bei der Sektion zeigte sich zunächst das Vorhandensein einer recenten, eitrigen Peritonitis. Weiterhin traf man an vielen Stellen des erweiterten Dünndarmes unter der Mucosa bohnen- bis wallnussgrosse, weisslich gefärbte Herde einer weichen Aftermasse. An manchen Stellen war die Geschwulst ringförmig angeordnet, doch waren sämmtliche Schichten des Darmes durchwuchert. An der dem Darmlumen zugekehrten Fläche der Geschwulst war dieselbe stark exulcerirt, das Darmlumen selbst aber durchaus nicht verengert. Die mesenterialen Lymphdrüsen waren sämmtlich vergrössert und von Geschwulstmasse durchsetzt. Einzelne Pakete derselben waren bis über faustgross. Magen und Dickdarm waren frei von jeder Geschwulst. Nach der mikroskopischen Untersuchung der Geschwulstpartikel handelte es sich zweifellos um ein primäres, multiples Sarkom des Dünndarmes. — Ein diesem ähnlicher Fall, in welchem es sich um ein multiples, primäres Carcinom des Dünndarmes handelte, betraf einen 60 Jahre alten Mann, der unter den Erscheinungen einer transversalen Myelitis nach seiner Einlieferung in ein Krankenhaus dortselbst verstorben war.

C. Rosenthal.

R. Keller, Ueber einen Fall von maligner Endocarditis an den Klappen der Arteria pulmonalis nach Gonorrhoe. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. (3/4.)

Bei einem 25jähr. Manne trat im Anschluss an eine mit rheumatoïden Gelenkerscheinungen complicirte Gonorrhoe eine maligne Endocarditis auf, die namentlich durch ihre Lokalisation am Ostium der Art. pulmonalis bemerkenswert war; ein systolisches und ein diastolisches Geräusch (beide auch als Schwirren fühlbar) waren im linken 2. Intercostalraum dicht am Sternum am lautesten hörbar und wurden vorwiegend nach links hin fortgeleitet; dabei Verbreiterung der Herzdämpfung, namentlich nach rechts. Später Nephritis haemorrhagica, zunehmende Herzinsufficienz, terminale Pericarditis; Tod 6 Monate nach Eintritt der Gonorrhoe. Bei der Autopsie fand sich Endocarditis verrucosa und ulcerosa an den Semilunarklappen der Pulmonalarterie, Thromben im linken Ventrikel, Infarkte in Milz und Nieren etc. Beachtenswert ist das Resultat der bakteriologischen Untersuchung, die sowohl auf den endocarditischen Wucherungen, wie in der Pericardialflüssigkeit Streptococcen nachwies, während die Auffindung von Gonococcen nicht gelang. Es handelt sich also in diesem Falle um eine Mischinfektion von Streptococcus pyogenes und Gonococcus. Perl.

F. Levison, Zur Behandlung der Gicht (Arthritis urica) und speziell von der Behandlung der chronischen Formen dieser Krankheit. Petersb. med. Wochenschr. 1897, No. 1/2.

L. hat die schon vor Jahren von Edison vorgeschlagene kataphoretische und elektrolytische Behandlungsmethode chronischer Gicht mit gutem Erfolg neu aufgenommen. Der zu behandelnde Körperteil kommt in ein Lithionbad (eine durch kohlensaures Lithion alkalisch gemachte 2procent. Chlorlithionlösung), in welchem sich der mit einer Kohlenelektrode verbundene positive Pol befindet, ein beliebiger anderer Körperteil (Hand, Fuss) befindet sich in einer schwachen Chlornatriumlösung, in welche der negative Pol hineinführt. Die Behandlung dauerte bei einer Stromstärke von 10—30, durchschnittlich 20 M.-A. jedesmal etwa eine halbe Stunde. Die beschriebene Anordnung rührt von Labatut her. Bernhardt.

A. Sarbó, Die Tetanie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenhlk. 1896. VIII. (3/4.)

S. berichtet zunächst über 3 Fälle von Tetanie. Die ersten beiden betreffen eine 30jähr. Mutter und ihr 3jähr. Kind; ein ätiologisches Moment war nicht nachweisbar. Der dritte Fall betrifft einen 17jähr. Schuhmacher und weist neben den klassischen Symptomen der Tetanie eine myotonische Reaktion der Muskeln auf, die besonders im M. biceps deutlich nachweisbar war. Hinsichtlich der Aetiologie der Tetanie betrachtet S. in vielen Fällen eine allgemeine Ernährungsstörung als Ursache, welche teils durch verschiedene Gifte (chemische, Toxin nach Struma-Exstirpation, Peptotoxin, Darmtoxin) hervorgerufen wird, teils mit körperlichen Zuständen, wie Gravidität, Säugen, einhergeht oder aber durch eine den ganzen Organismus betreffende Krankheit bedingt ist. Auch für die Fälle, die den Eindruck

einer Infektion mit einem speziellen Krankheitserreger der Tetanie machen, dürfte eher eine allgemeine Ernährungsstörung infolge einer anderweitigen Infektionskrankheit angenommen werden. Dass ein bestimmtes Gewerbe (Schuster, Schneider) mehr beteiligt ist an der Erkrankungszahl und an den Epidemien, ist vielleicht dadurch zu erklären, dass auch hier irgend welche toxischen Substanzen des Gewerbes von Einfluss seien (Leder etc.). Was die Pathologie der Tetanie anbetrifft, so scheint es sich um eine centrale Erkrankung, um eine primäre Beteiligung des Centralnervensystems zu handeln; vielleicht sind die peripheren Nerven sekundär mitbeteiligt. Am ehesten dürfte in den motorischen spinalen Zellen der Sitz der Erkrankung zu suchen sei, die ja auch durch andere toxische Stoffe, wie Phosphor, Arsen, Blei etc., in ihrer Ernährung leicht gestört werden können; auf diesen Sitz weisen auch die Befunde von Weiss bei Tetanie hin. Dass jedoch das gesammte Nervensystem bei Tetanie mitergriffen sein kann, geht aus der häufigen Kombination mit Eclampsie, Epilepsie und geistigen Störungen hervor. S. Kalischer.

---

1) **Abzheimer,** Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse. Allgemeine Zeitschr. f. Psych. Bd. 52.
2) **Thomsen,** Ueber paralytische Frühsymptome, welche dem Ausbruch der Paralyse bis zu 10 Jahren vorausgehen. Ebenda. (5.)

1) A. teilt drei einschlägige Fälle mit und giebt zugleich eine tabellarische Uebersicht über 38 andere aus der Litteratur gesammelte Fälle. Unter diesen 41 Fällen sind 21 weibliche und 20 männliche Kranke. Der Beginn der Erkrankung reicht in einzelnen Fällen in das 9. und 10. Lebensjahr zurück, ist jedoch am häufigsten im 15. und 16. Lebensjahr. Die Durchschnittsdauer der Erkrankung beträgt 4,5 Jahre, also etwas länger als bei Erwachsenen; kein Fall dauerte weniger als 2 Jahre. In 26 Fällen ist eine hereditäre Belastung vorhanden gewesen. In 7 Fällen, also in 17 pCt., fand sich allgemeine Paralyse bei den Eltern. In 50 pCt. der Fälle ist ein Zusammenhang mit Lues sicher anzunehmen, in 12 Fällen sehr wahrscheinlich, so dass im Ganzen in 91 pCt. der Zusammenhang zu bestehen scheint. Das Trauma spielte in 9 Fällen in der Aetiologie eine Rolle. Von den Erkrankten waren 3 schwachsinnig von Jugend, 5 als schwach, 6 als mittel und 19 als gut begabt zu bezeichnen. In der Mehrzahl der Fälle verläuft die Paralyse der Jugendjahre in der Form einer einfachen Demenz ohne Wahnideen. Nur in 7 Fällen sind Grössenideen aufgetreten. Von körperlichen Symptomen sind als Eigentümlichkeiten der Paralyse der Entwicklungsjahre hervorzuheben: Die Häufigkeit der paralytischen Anfälle, das Vorherrschen der körperlichen Lähmungserscheinungen von Anfang an im Krankheitsbilde und das häufige Vorwiegen der Lähmung auf einer Seite oder an einer Extremität. Im Beginn des Leidens ist daher bei der Abwesenheit ausgeprägter psychischer Störungen leichter eine Verwechslung mit spastischer Spinalparalyse, Hirntumor, multipler Sklerose möglich. Die Patellarreflexe waren in 7 Fällen geschwunden, in 15 gesteigert, bei 19 fehlten die Angaben. Opticusatrophie fand sich 5 mal (12 pCt.). Das Wachstum wie die Pubertätsentwicklung bleibt mit dem

Beginn der Erkrankung stehen. — In anatomischer Beziehung sind häufig die Stammganglien an dem Degenerationsprozess beteiligt, sonst weichen die Befunde nicht wesentlich von den Veränderungen ab, die bei erwachsenen Paralytikern die Regel sind.

2) Die nervösen Frühsymptome allgemeiner Natur (Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Gedächtnisstörungen, Stimmungsanomalien, Kopfschmerzen, Neuralgien) wie die typische Charakterveränderung können der Paralyse schon 2—5 Jahre vorausgehen. Von den cerebralen Frühsymptomen sind besonders vier hervorzuheben: Die Sprachstörung, die paralytischen Anfälle, die Augenmuskellähmung und die reflectorische Pupillenstarre. Eine Sprachstörung konnte in einem Falle schon 9 Jahre vor dem Auftreten anderer Krankheitserscheinungen festgestellt werden. Passagere Aphasien und aphasische Anfälle von kurzer Dauer können ebenfalls schon 4—6 Jahre vorher auftreten. Die paralytischen Anfälle, vorzugsweise epileptiformer Natur mit oder ohne folgender Hemiparese, seltener apoplectischer Natur, können mitunter 7 Jahre dem manifesten Ausbruch der Paralyse vorausgehen. Ebenso gelangen Augenmuskellähmungen, meist flüchtiger Natur, jahrelang vor dem Krankheitsausbruch zur Beobachtung, ohne dass Tabes oder Lues stets nachweisbar sind. Vollständige Ophthalmoplegien treten meist erst im Spätstadium der Paralyse auf und dürften im Kerngebiet der Augenmuskeln zu localisiren sein. Das wichtigste und früheste Frühsymptom der Paralyse ist die reflectorische Pupillenstarre, die in 50 pCt. der Fälle auftritt und mitunter 1—5 Jahre vor den anderen Erscheinungen; in 2 Fällen des Verf.'s trat eine einseitige reflectorische Pupillenstarre mit Mydriasis und leichter Convergenzbeschränkung bei normaler Accomodation, normalem Augenspiegelbefund und normalem Verhalten der Augenbewegungen 10—15 Jahre vor dem Ausbruch der manifesten Paralyse auf; im ersten Falle blieb der Befund derselbe, im zweiten hat sich auch auf dem anderen Auge reflectorische Pupillenstarre und späterhin beiderseitige Convergenzbeschränkung und Opticusatrophie entwickelt. In beiden Fällen lag eine Complication mit Tabes nicht vor.

S. Kalischer.

Fürstner, Zur Pathologie gewisser Krampfanfälle (hysterische Anfälle bei Kindern, Spätepilepsie). Archiv f. Psych. etc. 1896. Bd. 28. (2.)

F. beobachtete bei Kindern unter 7 Jahren (meist Knaben) Krampfzustände, die in das Gebiet der Hysterie fallen. Die Frequenz der Anfälle war eine auffallend grosse; längere Zeit hindurch treten Tag für Tag mehrere Anfälle, statusartige Zustände und 20—30 Anfälle hinter einander auf; Nachts setzten die Insulte oft, doch nicht immer aus. Die Form der Insulte war sehr variabel, epileptische wechselten mit hysterischen, einseitige mit allgemeinen, Zittern und Zappeln mit richtigen Convulsionen. Nie trat ein Zungenbiss oder Verletzungen im Anfall auf. Nach dem Anfall traten mitunter Angstzustände und deliriumartige Zufälle auf oder das Bewusstsein war gleich klar und unversehrt. Bromkali wirkte eher ungünstig als günstig, während die Anfälle mitunter plötzlich ohne medicamentöse Beeinflussung cessirten oder durch psychische Beeinflussung. Nie litt die Intelligenz der Kinder trotz der gehäuften Anfälle. — Aehnliche

Zustände (epileptiformer und hysterischer Natur) konnte F. auch bei älteren Kindern (meist Knaben von 9—16 Jahren) beobachten. Auch hier war die Frequenz der Anfälle eine auffallend grosse, oft setzten sie nach somatischen Beeinflussungen (Nahrungsaufnahme) ein, oder es trat Verminderung der Nahrungsaufnahme, ja Nahrungsverweigerung ein; neben dem herabgesetzten Ernährungszustand zeigte sich Druckempfindlichkeit des Epigastrium, scheues deprimirtes Wesen, Globusgefühl, Aufstossen, circumscripte Hyperästhesien und Klagen über Schmerzen an verschiedenen Körperstellen. Oft treten die Anfälle stets zur bestimmten Tageszeit oder bei bestimmten Vorgängen und Eindrücken ein. — Diese infantile und puerile Hysterie giebt oft zur Verwechslung mit organischen Hirn- oder Magenleiden Veranlassung. Entfernung aus der bisherigen Umgebung wirkt oft mit einem Schlage heilend.

F. weist in einem zweiten Abschnitt auf epileptische Anfälle hin, die im zweiten oder dritten Jahrzehnt auftreten ohne besondere Veranlassung, und bei denen in früher Lebensperiode Kopfverletzungen und encephalitische Prozesse vorausgegangen sind. Mitunter finden sich am Schädel oder Körper kaum merkbare Residuen dieser Prozesse (Knochendepression, Paresen etc.). Die Krampfanfälle können hier Jahrzehnte nach dem abgelaufenen Prozess als scheinbar spontane auftreten. In 2 Fällen mit Schädeldepressionen und empfindlichen Narben, die zur Operation resp. Trepanation kamen, wurden gröbere Veränderungen der Hirnrinde nicht gefunden; nur die Knochen waren verdickt; es trat in beiden Heilung ein. S. Kalischer.

---

1) **G. Dieballa,** Chlorose und Papilloretinitis. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 28.

2) **F. Schanz,** Ueber die Beteiligung des Opticus bei der puerperalen Polyneuritis. Ebenda.

1) D. beschreibt einen Fall von Papilloretinitis bei einer 21jährigen Chlorotischen, dessen Zusammenhang mit der Chlorose auch dadurch erwiesen wurde, dass die Sehstörung parallel mit der Heilung der Bleichsucht unter dem Einfluss von Eisenpräparaten schwand. Mit der Papilloretinitis zugleich war Doppelsehen (Parese des linken N. abduceus), heftige Kopfschmerzen und Schwindel aufgetreten. In 5—6 Monaten wurde der Augenhintergrund wieder völlig normal befunden. Nephritis, Leukämie, perniciöse Anämie etc. konnten sicher ausgeschlossen werden.

Eine derartige Complication der Chlorose ist überaus selten, nur von Gowers, Bitsch, William, Mackenzie liegen ähnliche und gleiche Beobachtungen vor. — In dem beschriebenen Falle hatten sich die Sehstörung und eine Verschlimmerung der Chlorose nach einem Tanzvergnügen (körperliche Anstrengung) und nach der Menstruation ziemlich plötzlich entwickelt. Diese beiden Faktoren haben hier eine Veränderung des Augenhintergrundes hervorgerufen, wie derselbe nach Blutverlusten zu entstehen pflegt; den prädisponirenden Boden gab hier die schon vorhandene Chlorose ab. — Fast stets fand sich zugleich mit Papilloretinitis bei Chlorose ein intensiver Kopfschmerz, der so hartnäckig und

dauerhaft auftritt, dass der Gedanke eines Hirntumors erwacht; durch Bettruhe und Eisentherapie pflegt er mit den anderen Störungen zu schwinden.

2) Nachdem von Heinzel, Gibbon, Nettleship und Anderen Fälle von Erblindung, Amblyopie und Amaurose im Puerperium beschrieben sind, die ohne sonstige Affection des Nervensystems auf Neuritis N. optici zurückgeführt werden mussten, finden wir hier einen Fall von schwerer puerperaler Neuritis mit gleichzeitiger Neuritis des Sehnerven. Während des Stillens entwickelten sich Parästhesien und Paresen aller Extremitäten, nachdem eine Erblindung auf beiden Augen, Kopfschmerz und Schwindel vorausgegangen waren. Die ophthalmoskopische Untersuchung zeigte anfangs nur mässige Veränderungen trotz vollständiger Erblindung und deutete auf den Ausgangspunkt der Neuritis weit hinter dem Bulbus hin. Der Verlauf der Affection war hier bösartig und letal (unter den Symptomen der Respirationslähmung). Die Neuritis optica im Puerperium scheint, wie auch aus dem Verlaufe und dem Bilde leichterer und geheilter Fälle (Heinzel) hervorgeht, toxischer Natur zu sein. Vielleicht können diese toxischen Prozesse schon in der Schwangerschaft beginnen und hier manchen Fall von Graviditätsamaurose erklären, der als Reflexneurose oder hysterische Blindheit gedeutet oder durch unstillbares Erbrechen oder profuse Blutungen erklärt wurde. S. Kalischer.

H. Massaut, Experimentaluntersuchungen über den Verlauf der den Pupillarreflex vermittelnden Fasern. Arch. f. Psych. XXVIII. (2.)

Der Verf. hat Mendel's Experimente der Iridectomie an jungen Kaninchen wiederholt und 11 Gehirne untersucht. Die Tiere überlebten die Operation 10 Tage bis 3 Monate. Siebe Hirne wurden nach Marchi, die anderen nach Nissl untersucht. Er fand zunächst, dass im Sehnerven Fasern degenerirten, welche sich im Chiasma kreuzen und zum inneren Teil des Stratum zonale und zur oberen weissen Schicht der vorderen Vierhügel ziehen. M. spricht sie als Pupillarfasern an. Unklarer ist ihr weiterer Verlauf. Es hat aber den Anschein, dass die Fasern vom Stratum zonale aus durch den unteren Abschnitt der hinteren Commissur und durch die ventral ausstrahlenden Fasern sich zum Oculomotoriuskern begeben. Ferner vermutet der Verf. in der tiefen weissen Schicht der vorderen Vierhügel Pupillenfasern, ebenso im Tractus peduncularis. Das Ganglion habenulae blieb, mit beiden Methoden untersucht, stets intakt. Ebenso blieb der Gudden'sche Kern unversehrt. Positives über die Lage des Centrums kann der Verf. auch nicht beibringen. M. Brasch.

F. Grimm, Die Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden. Berlin 1896. S. Karger. 103 S.

Um das vielfach in der spezialistischen Litteratur zerstreute Material weiteren ärztlichen Kreisen bequem zugänglich zu machen, hat Verf. neben den älteren namentlich auch alle in der neueren Zeit empfohlenen Behandlungsweisen der Syphilis zusammengestellt. Solche Mittel und Methoden,

Digitized by Google

welche sich weniger zweckmässig erwiesen und geringere Verbreitung gefunden haben, werden nur kurz, aber treffend charakterisirt, die wichtigeren dagegen ausführlich erörtert, ihre Vorzüge und Nachteile sorgsam abgewogen. Ueber seine eigenen Ansichten lässt dabei Vf. nirgends im Zweifel. Im Allgemeinen empfiehlt er nach einer gründlichen ersten Kur ein symptomatisches Vorgehen und von den einzelnen bevorzugt er, ohne Schmierkur und innere Queckrilberdarreichung zu verwerfen, die subkutanen Sublimatinjektionen. Mit grosser Bestimmtheit spricht er sich gegen die intramnsknlären Einspritznngen unlöslicher Quecksilbersalze ans, die er nach der klinischen Erfahrung nnd auf Grund znm Teil eigener Experimente für irrationell und gefährlich hält. — Dem Ref. scheint das Buch sowohl zur Orientirung über die moderne Therapie der Syphilis, wie als Anleitung zu einer zweckmässigen Behandlung dieser für die ärztliche Praxis so überaus wichtigen Krankheit ganz geeignet zu sein. H. Müller.

---

1) **K. Herxheimer** und **Hugo Müller,** Ueber die Deutung der sog. Epidermisspiralen. Arch. f. Dermat. n. Syph. XXXVI. S. 93.
2) **J. Schütz,** Ueber den Nachweis eines Zusammenhanges der Epithelien mit dem darunter liegenden Bindegewebe in der Haut des Menschen. Ebenda. S. 111.

1) Nene Untersuchungen über die früher von Herxheimer beschriebenen eigentümlichen spiraligen Fasern in der Epidermis (Cbl. 1890, S. 235) führten bei Anwendung der Weigert'schen Neurogliafärbungsmethode zn der Erkenntnis, dass ein Teil dieser Fasern geschrumpfte Zellcontouren darstellt, ein Teil mit Protoplasmafasern des Epithels, d. h. Fasern, welche das Protoplasma dnrchziehen, identisch ist. Ein Hinabreichen der Fasern in die Cutis haben die Verff. niemals feststellen können.

2) Sch. konstatirte einen Zusammenhang der Epithelien mit dem darunterliegenden Biudegewebe in der menschlichen Haut derart, dass feinste tingible Fasern aus Bindegewebszellen heraustreten nnd in das snbepitheliale elastische Fasernetz übergehen, von den elastischen Fasern wiederum feinste Ausläufer ins Epithel eindringen, die in der Rindenschicht des Protoplasmas in den Ranvier'schen Fasern sich verlieren. Die letzteren, welche er mit Herxheimer's Spiralen für identisch hält, sah er übrigens, im Gegensatz zu allen anderen Angaben, nie im Innern der Zellen, sondern nur in ihrer Rindenschicht. H. Müller.

M. Kuznitzky, Psoriasis nnilateralis und die Theorien über Aetiologie der Psoriasis. (Vortrag, geh. auf der 68. Naturf.-Vers. zu Frankfurt a. M.) Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIII. No. 8.

Bei einem jungen Manne aus psoriasisfreier Familie entstand im Anschluss an eine Verletzung des rechten Daumens zuerst an dem betreffenden Vorderarme, dann über Oberarm und Kopf sich rasch nach abwärts ausbreitend, aber auf die rechte Körperhälfte beschränkt bleibend, eine typische Psoriasis nummularis. Verf. verwertet den Fall für die Anschannng von der neuropathischen Natur dieser Krankheit. Er stellt sich vor, dass die

Psoriasiseruptionen zu stande kommen durch die Einwirkung irgendwelcher, wenn auch geringfügiger Reize auf Gefässgebiete, deren Tonus sich infolge chronischen Reizzustandes der zugehörigen spinalen Centren in labilem Gleichgewichte befindet. Das Primäre der Efflorescenzen sei eine Hyperämie, die durch Reizung der Vasodilatatoren entsteht, also ein angioerethischer Vorgang. Im voliegenden Falle wirkte das Trauma reflektorisch auf die durch erbliche nervöse Belastung bereits leicht erregbaren spinalen Ganglien, und zwar nur der einen Rückenmarkshälfte, weshalb die geringfügigen täglichen Hautreize nur rechts an den Gefässgebieten mit labilem Tonus die den Psoriasiseffloreszenzen zu Grunde liegende dauernde aktive Hyperämie hervorriefen. H. Müller.

M. Hofmeier, Ueber die Beziehungen zwischen Myom und Sterilität. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 43.

Im Anschluss an seine vor 2 Jahren in der Zeitschr. f. Gynäkol. und Geburtsh. Bd. 30 veröffentlichte Arbeit weist H. in diesem Artikel durch Benutzung des weiteren Materials der letzten 2 Jahre nach, dass die bisher verbreitete Ansicht, dass die häufig zu konstatirende Sterilität und Verminderung der Fertilität bei Myomkranken bedingt wird eben durch die Entwicklung und das Vorhandensein der Myome an sich oder durch ihre Begleit- und Folgeerscheinungen irrig ist. Im Ganzen behandelte er 23 Myomkranke, darunter waren 68 Unverheiratete = 20,8 pCt., Verheiratete 259 = 79,2 pCt., darunter steril verheiratet 67 = 20,5 pCt. der Gesamtzahl. Dauer der sterilen Ehe 16 Jahre. Durchschnittsalter dieser sterilen Frauen 41,8 Jahre. Geboren haben 202. Durchschnittszahl der Schwangerschaften 3,2, darunter eine Schwangerschaft bei 46 = 14,1 pCt. der Gesammtzahl. Die Mehrgebärenden hatten durchschnittlich 4,5 Schwangerschaften. Schwangerschaften wurden beobachtet 27.

Der Procentsatz der sterilen Ehen bei Myomkranken weicht im Wesentlichen nicht viel von dem der sterilen Ehen überhaupt ab. Nur 5 von den Frauen, welche wegen Sterilität zu ihm kamen, litten an Myomen. — Was die Fertilität der mit Myomen versehenen Patientinnen anbetrifft, so bleibt allerdings die Durchschnittszahl der Schwangerschaften myomkranker Frauen 3,5—3,0 hinter der berechneten durchnittlichen Fruchtbarkeit für das Königreich Sachsen 4,5 und für Bayern 4,32—4,96 zurück. Da jedoch die erste Schwangerschaft 16 Jahre bei den Myomkranken zurückliegt, so ist es nicht wahrscheinlich, dass damals schon — sicherlich nur bei sehr wenigen — das Myom bestanden hat. Berücksichtigt muss ferner das Schrumpfen der Myome unter dem Einfluss des Wochenbetts werden, eine Thatsache, auf die schon Löhlein aufmerksam gemacht hat.

W. Schülein.

F. Chotzen, Ueber die Prognose der Extrauteringravidität und die Bedeutung des Sektionsmaterials für dieselbe. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 23/24.

Verf. kommt infolge Zusammenstellung und Vergleichung zahlreicher Statistiken über Extrauteringravidität zu dem Schlusse, dass die Prognose dieser Erkrankung keine so durchaus ungünstige sei, dass unbedingt ope-

rativ eingegriffen werden muss, sondern dass in den meisten Fällen eine konservative Behandlung (Morphium-Injektionen) geboten ist und zur Heilung führt. Das Sektionsmaterial, welches s. Z. zur Verfügung steht, zur Beleuchtung dieser Frage heranzuziehen, hält Verf. für ungeeignet, weist aber darauf hin, dass in Zukunft dieses Material zur Lösung dieser Frage zu verwerten sei. A. Martin.

---

1) **M. Walthard,** Zur operativen Behandlung grosser Myome des Uterus. Nach experimentellen Untersuchungen. Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte 1896, No. 4.

2) **J. B. Murphy,** Fibromyoma complicating pregnancy. Internat. medic. magaz. 1896, February.

1) Vf. berührt kurz die verschiedenen Methoden der Myomexstirpation, führt besonders die Mängel an, die die extraperitoneale Stielversorgung gegenüber der intraperitonealen mit sich bringt und kommt auf Grund experimenteller Untersuchungen zu dem Schluss, dass die Prognose der Myomectomie in erster Linie abhängig ist von einer zuverlässigen Blutstillung und einer Blutersparnis bei der Operation. Diese werden am besten erreicht durch die Ligatur der 4 Hauptarterien und Ligatur des Uterusstumpfes.

Um den abgeschnürten Cervixstumpf vor Nekrose zu schützen, bedarf es ferner eines Ligaturmaterials, das die Fähigkeit hat, in das Gewebe einzuschneiden (Catgut, Seide).

Der aseptisch versenkte Cervixstumpf bleibt, wie aus den Untersuchungen Verf.'s weiter hervorgeht, auch wenn derselbe abgeschnürt ist, aseptisch. Vorbereitungen des Cervicalkanals mit starken Desinficientien oder gar dem Thermokauter sind zu verwerfen, da sie die physiologischen Schutzvorrichtungen im Cervicalkanal, nämlich die baktericide Wirkung des Cervicalsekretes, zerstören.

Schliesslich führt Verf. als wichtig für die Technik abdomineller Operationen an, dass langsam bezw. nicht resorbirbare Fremdkörper, wenn immer möglich, extraperitoneal gelagert werden. Zur Verhütung des Ileus infolge von Stumpfadhäsionen des Darmes empfiehlt W. daher Vermeidung von bakteriellen, chemischen und physikalischen Schädigungen der Serosa während des operativen Eingriffs, sowie extraperitoneale Lagerung nicht resorbirbarer Ligaturen und schliessliche Bedeckung der Stumpfschnittfläche mit einem gut ernährten Serosalappen.

Zum Schlusse der Abhandlung führt W. einen Fall an, bei welchem er die guten Resultate seines oben beschriebenen Verfahrens erprobt hat.

2) Verf. berichtet über einen Fall von Amputation des myomatösen Uterus mit extraperitonealer Stielbehandlung, der, wie sich bei der Operation herausstellte, mit Gravidität im 3. Monat complicirt war. Die daran geknüpften Betrachtungen geben nur Bekanntes wieder. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Hirschfelder

Wöchentlich erscheinen 1–2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

für die

medicinischen Wissenschaften.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 20. März. No. 12.

Inhalt: Schulze, Bildung von Eiweissderivaten bei der Keimung. — Nebser, Neue Quecksilberluftpumpe. — Schäfer, Stoffwechseluntersuchungen bei Geisteskranken. — Bogdanow, Ueber die Fette des Fleisches. — Svehla, Einfluss des Vagus auf die Atmung. — Güterbock, Zur Lehre von den Nierenverletzungen. — Israel, Ueber operative Heilung der Bauchfelltuberkulose. — Pertscher, Ueber die Retinitis proliferans. — Wolf, Otitis media bei Gelenkrheumatismus. — Fordert, Zur Resektion und Naht der Trachea. — Leedham-Green, Ueber die Desinfektion der Hände. — Ramond, Unterscheidung von Typhusbacillen und Bacterium coli. — Jez, Bedeutung der Diazoreaktion. — Larz, Ueber die Behandlung der Phosphorvergiftung mit Kali hypermanganicum. — Robinson, Kniegelenkluxation bei Kindern. — Schütz, Zur Casuistik des Hydrops der Gallenblase. — Leube, Zur Diagnose der systolischen Herzgeräusche. — v. Bechterew, Ueber syphilitische cerebrospinale Sklerose. — Sievking, Kompression des Cervicalmarks durch ein Neurofibrom. — Popoff, Ueber den Verlauf des sogen. Conductur sonorus. — Baer, Wirkung des Jodkaliums in der Frühperiode der Syphilis. — Ruge, Ueber die klimatische Leistendrüsenentzündung. — Dreysel, Ueber das Leucoderma syphiliticum. — Mainzer, Stokes, Ovariotomie, speziell bei Schwangeren. — Laroyenne, Hartmann, Reynier, Ueber die Behandlung der Beckeneiterungen.

E. Schultze, Ueber die beim Umsatz der Proteïnstoffe in den Keimpflanzen einiger Coniferenarten entstehenden Stickstoffverbindungen. Zeitschr. f. phys. Chem. XXII. S. 435.

In den früher untersuchten Keimpflanzen fand Vf. stets Asparagin und Glutamin in über die anderen stickstoffhaltigen krystallisirbaren Verbindungen überwiegender Quantität, in den Keimpflanzen der Coniferen fand Vf. jetzt andere Verhältnisse. Die in einem verdunkelten Zimmer in Sand gezogenen Keimlinge der Fichte (Picca excelsa) von ungefähr 7 cm Länge enthielten überwiegend Arginin neben wenig Asparagin und Glutamin, dasselbe ergab sich für die in fruchtbarem Boden im Freien gewachsenen Keimpflanzen. In den Keimpflanzen der Weisstanne (Abies pectinata) — es wurde sowohl die erste als die zweite Kategorie von Keimpflanzen untersucht — überwog das Arginin noch mehr. Endlich die Keimpflanzen der

Digitized by Google

Kiefer (Pinus silvestris) lieferte gleichfalls Arginin, jedoch daneben etwas mehr Asparagin und anscheinend ein wenig Glutamin, jedoch nicht in isolirbarer Quantität. Betreffs der Methoden muss auf das Orig. verwiesen werden. In Uebereinstimmung mit den Ergebnissen der qualitativen Untersuchung stehen einige quantitative Bestimmungen. In Keimpflanzen von Abies pectinata wurde bestimmt: a) Gesammtstickstoff, b) Stickstoff der Proteïnsubstanzen nach Stutzer, c) Stickstoff im Phosphorwolframsäure-Niederschlag des wässerigen Auszuges = Stickstoff des Arginins. Die Differenz von b + c zu a ergiebt den Stickstoff der Amidosäuren. Danach ergab sich von 100 Teilen des Gesammtstickstoffs: Stickstoff der Eiweisssubstanzen 73,8 pCt., durch Phosphorwolframsäure fällbaren Stickstoff 21,5 pCt., Amidosäurenstickstoff 4,7 pCt. Dagegen waren die betreffenden Zahlen für die Keimlinge von Pinus excelsa 54,6, 29,3 und 16,1 pCt. entsprechend der Thatsache, dass in diesen verhältnismässig mehr Asparagin enthalten war. Aus Analysen der Samen selbst ergiebt sich, dass das Arginin nicht präformirt ist, sondern erst beim Keimen entsteht, entsprechend der Bildung von Arginin beim Kochen von Eiweiss mit Salzsäure nach der Angabe von Hedin. E. Salkowski.

F. Neesen, Tropfen-Quecksilberpumpe mit Einrichtung zur Bestimmung der Blutgasmenge. Zeitschr. f. phys. Chem. XXII. S. 478.

Als Vorzüge der neu konstruirten Pumpe, betreffs deren Beschreibung und Abbildung auf das Orig. verwiesen werden muss, hebt Vf. die rasche Wirksamkeit und den geringen Preis, den geringen Bedarf an Quecksilber für die eigentliche Pumpe (2—3 kg, ebensoviel für die Bestimmung der Blutgase) hervor. Um die Pumpe in Betrieb zu setzen, genügt es, die Verbindung mit der Wasserluftpumpe herzustellen und diese gehen zu lassen. E. Salkowski.

A. Schäfer, Stoffwechseluntersuchungen bei abstinirenden Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. LIII. S. 525.

An 6 weiblichen und 1 männlichen abstinirenden Geisteskranken hat Vf. Bestimmungen des Gesammtstickstoffs und des Alloxurkörperstickstoffs im Harn ausgeführt. Die Untersuchungen wurden, mit Ausnahme eines Falles, am vierten oder fünften Hungertage begonnen und erstreckten sich auf 2—3 Tage. Bei einigen Kranken konnten weitere Untersuchungen nach Wiederbeginn der Nahrungsaufnahme angeschlossen werden. Was eine Zusammenstellung der Versuche früherer Autoren ergiebt, zeigt sich auch bei den verschiedenen Kranken Sch.'s, nämlich, dass die N-Ausscheidung im Hunger pro kg Körpergewicht starken individuellen Schwankungen unterliegt. Hier lag das Minimum bei 3,451 g, das Maximum bei 8,522 g. Ein Einfluss der Wasseraufnahme auf die Höhe der Ausscheidung war in Verf.'s Fällen nicht zu erkennen.

In drei Fällen war nach Wiederbeginn der Nahrungsaufnahme eine so beträchtliche Stickstoffretention eingetreten, dass die Stickstoffausscheidung sogar unter die des letzten Hungertages sank. — Der Alloxurkörperstickstoff schwankte bei den verschiedenen Personen zwischen 0,1038 und

0,2459, Mittel 0,1795 g. Das Verhältnis zwischen Ges.-N und Alloxurkörper-N schwankte zwischen 24,26 : 1 und 67,85 : 1. Bei ein und demselben Kranken wich das Verhältnis in mehreren Untersuchungen nur geringfügig voneinander ab.

Das eben genannte Mittel von 0,1795 g pro die liegt unter dem sich normal ernährender Personen. An den dem Hunger folgenden Tagen mit Nahrungszufuhr lagen, ebenso wie die Gesammt-N-Werte, auch die für den Alloxurkörper-N bei drei Personen noch erheblich niedriger, nämlich nur zwischen 0,13 und 0,14 g. A. Loewy.

E. Bogdanow, Ueber die Fette des Fleisches. Pflüger's Archiv f. d. ges. Physiol. LXV. S. 81.

Die Schwierigkeit der vollkommenen Extraktion der Fette des Fleisches, auf die Pflüger zuerst hinwies, konnte darin begründet sein, dass die schwer extrahirbaren Anteile anderer Natur waren, als die leicht extrahirbaren. Die Richtigkeit dieser Anschauung hat Verf. auf Veranlassung von Zuntz genauer untersucht. Er extrahirte Fleischmehl, getrocknetes Muskelfleisch vom Pferde und Hunde zu wiederholten Malen und untersuchte jedes der Aetherextrakte auf den Schmelzpunkt des darin enthaltenen Fettes und auf den Gehalt an Fettsäuren. Der Schmelzpunkt des in den späteren Extrakten enthaltenen Fettes war niedriger, als der in den früheren, der Gehalt an freien Fettsäuren stieg in ihnen erheblich an, wobei zugleich flüchtige Fettsäuren in steigender Menge festgestellt werden konnten. — Durch besondere Versuche zeigte Verf. weiter, dass seine Resultate nicht etwa in einer durch die Dauer der Extraktionen bewirkten fortschreitenden Zersetzung der Fette ihren Grund haben. Er kommt zu dem Ergebnis, dass im Fleische zwei Fette existiren, von denen das schwer extrahirbare sich durch einen grossen Gehalt an flüchtigen Fettsäuren auszeichnet und so dem Butterfett näher steht als den tierischen Fetten.

Durch Einlegen in Osmiumsäure und mikroskopische Untersuchung ging er dem Verhalten beider Fettarten weiter nach. Nach der ersten Extraktion mit Aether war das Fett aus dem interstitiellen Bindegewebe grösstenteils verschwunden, während das Muskelgewebe selbst nur sehr schwer seinen braun-schwarzen Farbenton, also nur schwer seine fettartigen Anteile durch Extraktion verlor. Verf. vermutet, dass das schwer extrahirbare Fett des Fleisches im Muskelplasma sich befindet und möchte es „Fett des Muskelplasmas" nennen.

Zum Schluss weist Verf. darauf hin, dass die schwere Extrahirbarkeit zum Teil rein physikalisch durch Oberflächenwirkung zu erklären sei.

A. Loewy.

K. Svehla, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des krankhaft veränderten Nervus vagus auf die Atmung. Wien. klin. Rundschau 1896, No. 34/36.

Die nach Reizung des centralen Vagusendes von den bisherigen Autoren erhaltenen Resultate gehen weit auseinander; die einen haben inspiratorische

Beeinflussung der Atmung oder Stillstand in der Inspirationslage beobachtet, die anderen eine exspiratorische Einwirkung oder Stillstand in der Exspirationslage; eine dritte Gruppe endlich sah je nach Stärke und Lage des Reizmittels entweder inspiratorische oder exspiratorische Wirkungen. Verf. hat nun zunächst einer Reihe von Kaninchen einen Vagus unterhalb des Abgangs des N. laryngeu sup. auf einer kurzen Strecke exstirpirt; bei anderen Kaninchen wurde durch Bepinselung oder Injektion von Cedernöl in die Nervenscheide oder durch flüchtige Aetzung mit Argentum nitricum eine Entzündung bald des rechten, bald des linken N. vagus hervorgerufen. Nach 1—96 Tagen wurde das Verhalten des centralen Endes auf elektrische Reizung geprüft.

Die Wirkung der Durchtrennung des N. vagus ist eine verschiedene; am häufigsten tritt Verlangsamung der Respiration mit Vertiefung der Inspiration ein, der nach 2 bis 7 Tagen Restitution der Norm folgt. Bei anderen Tieren ist die Veränderung jedoch eine dauernde, die sich vom 2. bis 6. Tage nach der Durchtrennung noch verstärkt. Mitunter ist gar keine Aenderung der Atmung zu konstatiren; ein anderes Mal tritt die Verlangsamung der Respiration erst nach 2—4 Tagen ein. Ja, einigemale folgte der Durchschneidung sofort eine Beschleunigung der Respiration. Entzündung des Nerven durch Cedernöl oder Arg. nitric. bewirkt gewöhnlich in den ersten Tagen leichte Beschleunigung der Atmung oder gar keine Veränderung; dann erst folgt Verlangsamung der Respiration und Restitution. Wird nun der andere Vagus durchschnitten, so tritt das Bild beiderseitiger Vagus-Durchschneidung ein. Es hatte also vorher dieser Vagus die Funktion des anderen übernommen (collaterale Innervation).

Tetanisirung des normalen, frisch durchschnittenen Vagus an seinem centralen Ende mit schwachem Induktionsstrom bewirkt konstant Beschleunigung und Erniedrigung der Respirationswellen mit Stellung der Zwerchfells in Mittellage oder Inspirationslage. In der Inspirationsphase wird das Inspirium vertieft, in der Exspirationsphase Unterbrechung des Exspiriums bewirkt. Bei wiederholter Tetanisirung ist die Wirkung nicht konstant. Der N. vagus ist demnach als ein reflektorisch wirkender Nervus accelerans der Atmungsorgane zu bezeichnen.

Wird die Tetanisirung des Vagus erst längere Zeit nach der Durchschneidung ausgeführt, so ist die Wirkung nach der Zeitdauer verschieden. Nach einem Tage ist die Reizbarkeit erhöht, sonst das Ergebnis dasselbe, wie beim frischdurchschnittenen Nerven. Nach 10 Tagen und mehr tritt Respirationsverlangsamung in der Exspirationslage, erst unsicher, dann ganz konstant ein. Der Nervus vagus hat durch die Neurotomie die Fähigkeit verloren, die Atmung reflektorisch zu acceleriren, und behält nur die exspiratorische Wirksamkeit; dabei ist es gleich, an welcher Stelle des centralen Stumpfes gereizt wird.

Nach Ablauf von drei Monaten ist nicht nur die accelerirende, sondern auch die retardirende Wirksamkeit des Vagus verloren gegangen; die Reizung des kranken Nerven ist in Betreff der Respiration erfolglos. Die Veränderungen in der Funktion des centripetalen Lungenvagus durch Cedernöl oder Arg. nitr. sind ungefähr dieselben, wenn auch die Resultate nicht so sichere sind.

Der Nervus vagus unterhalb des Abgangs des N. laryngeus superior enthält centripetale accelerirende und retardirende Nervenfasern für die Atmung. Die ersteren sind elektrischen Reizen, sowie pathologischen Einflüssen gegenüber minder resistent, als die der zweiten Art, die noch drei Monate nach der Durchschneidung funktionsfähig bleiben.

M. Rothmann.

P. Güterbock, Beiträge zur Lehre von den Nierenverletzungen. Arch. f. klin. Chir. LI. S. 225.

Ref. berichtet über von ihm persönlich untersuchte gerichtliche Leichenbefunde, sowie über 36 subkutane Nierenverletzungen, welche von ihm in ca. 1000 unterschiedslos geprüften Obduktionsprotokollen registrirt worden sind. Nierenverletzungen mit äusseren Continuitätstrennungen kamen unter diesen 1000 Fällen gar nicht vor, die Frequenz der subkutanen Läsionen beträgt etwas unter 3 pCt., oder, wenn man nur die durch äussere Gewalteinwirkungen berücksichtigt, etwas über 10 pCt., eine Ziffer, die höher bezw. entschieden zu hoch ist gegenüber den anderen einschlägigen Statistiken und sich durch die Art des ihr zu Grunde liegenden Materials erklärt. Nur 6 ($16^2/_3$ pCt.) Fälle betreffen weibliche Personen, ebensoviel solche unter 6 Jahren. Von 35 mit Angaben versehenen Fällen betrafen 14 (40 pCt.) beide Seiten, ebensoviel die rechte und nur 7 die linke Niere und wird dieses Vorwiegen der rechten Seite, welches in anderen Statistiken nicht so sehr hervortritt, durch die Häufigkeit der Mitverletzung der Leber erklärt. Der Form nach betrafen 24 Fälle lediglich das die Niere umgebende „circumrenale" Gewebe, 10 dieses und die Nierensubstanz selbst, 2 letztere allein. Die circumrenalen Verletzungen interessirten 16mal die Fettkapsel, seltener auch die Capsula propria oder nur den Hilus. Durch die gleichen Gewalteinwirkungen bedingt, wie die Verletzungen der Niere selbst, veranlassen sie oft erhebliche Blutergüsse, deren Quelle wesentlich der von Tuffier und Lejars beschriebene Arcus perirenalis mit seinen venösen Verbindungen mit dem Nierenparenchym ist. Eine klinische Bedeutung haben die circumrenalen Blutergüsse, abgesehen davon, dass sie vereitern können, dadurch, dass sie durch ihre, gelegentlich operativer Eingriffe neuerdings häufiger erwiesene, zögernde und unvollständige Resorption zur „Dekapsulirung", d. h. Lösung der von der Fettkapsel ausgehenden Fixirung der Niere, führen. Es kann dann Tiefstand der Niere eintreten, welcher ebenso wie Tierversuche und wie gewisse sekundäre traumatische Hydronephrosen Beweismaterial für die traumatische Aetiologie der Wanderniere liefern. Eine unmittelbare Entstehung letzterer nach Trauma ist, wie ein Leichenbefund dem Ref. dargethan, nur nach Durchreissung des Nierenstiels, d. h. der in ihm verlaufenden Gefässe, möglich. Die indirekt dem Trauma folgende Verlagerung der Niere wird dagegen zur Thatsache durch Insufficienz des Nierenstiels, die durch zur Zunahme von Volum und Gewicht führende entzündlich-kongestive und Rückstauungsveränderungen der Niere hervorgerufen wird. In einer Anmerkung zeigt Verf. die Möglichkeit, dass diese Veränderungen in Verbindung mit Lockerungszuständen der Niere auch für die nicht-traumatische Wanderniere von Bedeutung sein können. — Von

den Läsionen der Niere selbst schliessen sich die leichten Fälle insofern den circumrenalen Verletzungen an, als dieselben durch Eindringen von Blut zwischen Mark und Rinde bedingt sind. Derartige Vorkommnisse sind selten, 2 unter 12 Fällen, während zu den Nierenzerreissungen 7 und zu den Nierenzertrümmerungen 3 zählen. Nierenzerreissungen konnte Referent ausserdem noch 7mal untersuchen. Dieselben unterscheiden sich in ihrem Mechanismus selbst in ihren leichteren Arten prinzipiell nicht von den Nierenzertrümmerungen. Zur Erklärung reichen die bisherigen hierhergehörigen Theorien nicht immer aus; an den ätiologischen Verhältnissen, welche in genesenden Fällen nicht allzu sehr von denen in den tödlichen abweichen, zeigt Ref., dass es sich hier um die Einwirkung allseitiger Kompression („hydraulische Kompression" im Sinne KÜSTER's), allerdings in sehr verschiedenen Abstufungen, handelt. Man kann diese Einwirkung an dem exenterirten Organ nachahmen, wenn man gewaltsam die beiden Pole einander nähert. Wegen der Einzelheiten ist indessen hier ausdrücklich auf das Orig. zu verweisen. P. Güterbock.

I. Israel, Erfahrungen über operative Heilung der Bauchfelltuberkulose. (Aus der chir. Abteil. des jüdischen Krankenhauses in Berlin.) Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 1.

Von 4 vom Verf. operirten Fällen betrafen 3 Kinder, welche in verhältnismässig frühen Stadien mit Fieber zur Behandlung kamen. Bei allen 3 wurde Heilung auf 7, resp. $16^1/_2$ und 17 Monaten konstatirt, bei einem Patienten sogar durch eigenen Augenschein, da in der Meinung, es bestehe ein Rückfall, die Operation nach 36 Tagen wiederholt worden war. Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Heilung der Bauchfelltuberkulose durch Bauchschnitt kann nicht erklärt werden durch die Entleerung von Flüssigkeit; in den ersten beiden Fällen bestand so gut wie kein Erguss, im dritten nur 200 ccm Flüssigkeit.

2. Trotz Vorhandenseins eines tuberkulösen Darmgeschwüres kann durch einfachen Bauchschnitt eine Heilung der Bauchfelltuberkulose, und zwar dauernd erfolgen.

3. Schon 36 Tage nach der Operation können bis kirschkerngrosse Tuberkeln verschwunden sein.

4. Fieberhaftes Verhalten contraindicirt nicht die Operation.

Sehr eigenartig ist der vierte Fall, ein 20jähriges Mädchen betreffend. Hier hatte ein Chirurg schon den Bauchschnitt gemacht, jedoch in der Annahme, wegen der Vergrösserung der Lymphdrüsen eine bösartige Geschwulst vor sich zu haben, die Bauchwunde wieder geschlossen. Nach kurzer Zeit traten Anfälle von Ileus auf. Bei der Operation durch I. fand sich Bauchfelltuberkulose mit geschwulstartiger Tuberkulose des aufsteigenden Dickdarmes. I. machte eine Anastomose zwischen Dünn- und Dickdarm; nach Eingiessen von 40 g eines 10 pCt. starken Carbolöles trat auch hier volle Heilung ein. P. Güterbock.

Digitized by Google

O. Purtscher, Beitrag zur Kenntnis der spontanen Bindegewebsneubildung in Netzhaut und Glaskörper (Retinitis proliferans „Manz"), nebst einem Nebenblick auf die Aetiologie des hämorrhagischen Glaukoms. Arch. f. Augenheilk. XXXIII. Erg.-Heft. S. 3.

Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung eines Auges mit Gewebsneubildung in der Netzhaut und hämorrhagischem Glaukom und der Beobachtung von 4 weiteren Fällen mit ersterer Affektion ist P. der Ansicht, dass in nahezu sämmtlichen bisher beschriebenen Fällen von Retinitis proliferans Blutergüsse mit im Spiel waren. Nicht alle Fälle sind auf primäre entzündliche Prozesse zurückzuführen; zahlreiche aber, unter ihnen die reinen, beruhen ausschliesslich auf Vasculitis bezw. Perivasculitis der Netzhautgefässe. Blutungen in die Netzhaut und den Glaskörper finden sich als mehr oder weniger konstante Begleiter. Indessen sind viele Bindegewebsbildungen in der Netzhaut und im Glaskörper, der Ansicht Leber's entsprechend, auf stattgehabte Blutungen ins Augeninnere bedingt, seien es traumatische oder spontane, deren Aufsaugung durch bis jetzt noch nicht näher erforschte Bedingungen erschwert wurden. Die Bindegewebsbildungen sind entweder direkte Umwandlungsprodukte der Hämorrhagien oder die Produkte einer reaktiven Netzhautentzündung. Andererseits kommen auch Bindegewebswucherungen der Netzhaut vor, die das Produkt einer vermittelnden Retinitis im Sinne von Manz sind. Blutergüsse pflegen das Bild auch in der Regel zu begleiten; sie sind aber nicht wesentliches Substrat, sondern nur begleitendes Symptom. Nur für diese Form wäre der Name „Retinitis proliferans" beizubehalten. Das hämorrhagische Glaukom dürfte wohl in vielen Fällen auf eine primäre Gefässerkrankung und vielleicht eine Thrombose der Vena centralis retinae zurückzuführen sein.

Horstmann.

O. Wolf, Otitis media acuta, ein Frühsymptom der Polyarthritis rheumatica acuta. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 41. S. 213.

W. glaubt, dass die Sklerose der Paukenhöhlenauskleidung in zahlreichen Fällen mit der Polyarthritis rheumatica in ätiologischem Zusammenhang stehe, und berichtet über 2 Fälle von akutem Gelenkrheumatismus mit vorausgegangener Otitis media acuta, welch' letztere er als erste Lokalisirung der rheumatischen Infektion ansehen zu sollen glaubt. Die nach Ablauf der rheumatischen Affektion zurückgebliebene „Verdichtung der Paukenhöhlenauskleidung, welche sich aus der akuten Otitis entwickelt hatte," soll als Beweis dafür dienen, dass man „wenigstens für einen Teil der Fälle von sog. Sklerose deren erste Entstehung verfolgen könne".

Schwabach.

Foedert, Zur Resektion und Naht der Trachea. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 53.

Bei den spärlichen Mitteilungen von Resektion der Luftröhre und folgender cirkulärer Naht ist der vom Verf. behandelte Fall von grossem Interesse, zumal er von gutem Erfolge gekrönt war. Es handelt sich um einen fast 6jährigen Knaben, dem die Trachea mit einem Messer unterhalb der Cart. cricoid. durchtrennt war. Nachdem eine Naht angelegt war und

eine Kanüle eingeführt, konnte der Knabe nach Entfernung der Kanüle am 5. Tage wieder sprechen, aber es stellte sich wieder Atemnot ein und die Kanüle musste wieder eingeführt werden. Die Stenose nahm rasch zu und weder laryngoskopisch, noch durch Sonde konnte eine Kommunikation zwischen Kehlkopf und Trachea nachgewiesen werden.

Es wurde nunmehr die Luftröhre etwas unterhalb der Trachealfistel fistel resecirt; bei der Aufsuchung des oberen Endes fand sich unter der Cart. cricoid. ein ganz deformirter Trachealring, während nach abwärts die vordere Wand des trichterförmig verengten Restes der Luftröhre von derbem Narbengewebe ohne erkennbare Knorpel gebildet wurde. Um ein oberes normales Lumen zu erhalten, musste der ganze Knorpel mit dem Lig. cricotracheale entfernt werden. Die beiden durch die Resektion gewonnenen Enden lagen ca. 3 cm voneinander. Um sie zu vereinen, wurde die Luftröhre bis zur Stelle der vorher ausgeführten unteren Tracheotomie von dem Narbengewebe gelöst, worauf sie sich mit Leichtigkeit emporheben und mit durch alle Schichten gehenden Catgutnähten vereinen liess. Nach Einführung einer Salzer'schen Kanüle und Vernähung der Weichteile fixirte man den Kopf in nach vorn gebeugter Stellung. Verlauf fieberfrei, Schlingakt ungestört. Die Verheilung erfolgte ungestört. Nachdem noch zwei kleine Granulationen entsprechend der Naht endolaryngeal entfernt, war die Atmung frei, die Stimme laut und deutlich. W. Luhlinski.

Leedham-Green, A bacteriological inquiry into the relative value of various agents used in the desinfection of the hands. Brit. med. journ. 1896, No. 1868.

In der sehr interessanten Arbeit legt Verf. dar, was wir mit den bisher üblichen Methoden der Sterilisation der Hände leisten. Er hat sämmtliche Materialien, welche zur Verwendung kamen, auch die antiseptischen Lösungen (mit Ausnahme des Alkohols), durch Kochen sterilisirt und konnte durch Kontrollversuche nachweisen, dass dieselben wirklich steril waren. Nach der Desinfektion brachte er mittelst sterilisirter Elfenbeinschliffe Material vom Nagelfalz und unter dem Nagel in Glycerinagar und bestimmte die Kolonien. Vf. fand, dass durch 5—10 Minuten langes Waschen mit heissem Wasser, Seife und Bürste oder Seife und Sand die Hände nicht keimfrei werden. Wurde 5—10 Minuten mit Wasser und 3—5 Minuten hinterher mit Alkohol gewaschen, so waren unter 12 Versuchen 2mal die Hände steril, 1mal war nur eine Kolonie angegangen. Wurden die Hände vor dem Sterilisiren mit Bac. pyocyaneus inficirt, so wurden sie bei 11 Versuchen einmal keimfrei; waren sie mit Kartoffelbacillen inficirt, so konnte er sie nie keimfrei erhalten. Mit Aether, statt des Alkohols, waren die Erfolge ähnliche. Sodann wusch Verf. die Hände nach dem Alkohol noch mit Sublimatlösung 1 : 1000. Bei 11 Versuchen waren die normalen Hände 2mal ganz steril, 4mal fast steril. Wurden sie mit Bac. pyocyaneus inficirt, so waren sie bei 12 Versuchen 3mal ganz steril, 2mal fast steril. Wurden die Hände mit Kartoffelbacillen inficirt, so wurden sie bei 8 Versuchen nur einmal keimfrei, sonst entwickelten sich zahlreiche Keime. Da meist angenommen wird, dass die Hände selbst ziemlich leicht zu

sterilisiren sind und lediglich der Nagelfalz und die Gegend unterhalb des Nagels Schwierigkeiten bei der Desinfektion bietet, so hat Verf. nach dem Desinficiren lediglich von der Hant mit Elfenbeinschliffen Material abgeschabt, ohne dem Nagel nahe zu kommen. Bei Händen, welche mit Bac. pyocyaneus oder Kartoffelbacillen inficirt waren, konnte er weder durch Waschen mit heissem Wasser nnd Seife, noch wenn er danach mit Alkohol nachwusch, noch auch wenn hinterher anch noch in Sublimatlösung 2 Minnten lang die Hände abgerieben wurden, letztere jemals keimfrei erhalten. Verf. kommt daher zu dem Schlusse, dass die Schwierigkeit, die Hände und die Haut zu desinficiren, meist unterschätzt wird und dass keine von den gebränchlichen Methoden geeignet ist, eine völlige Keimfreiheit herzustellen. Die besten Resnltate werden erzielt, wenn zwischen das Waschen mit Wasser und Seife nnd die Anwendung des Desinficienz ein Abreiben der Haut mit Alkohol, wie es von Fürbringer betont ist, eingeschoben wird. H. Bischoff.

F. Ramond, Nouveau milieu ponvant servir à différencier le bacille d'Eberth du bacterium coli. Compt. rend. de la soc. de biolog. 1896, No. 28.

R. setzte zu 4 pCt. Znckeragar einige Körnchen Säurefuchsin bis zur Farbe der Kirsche nnd dazu 2 Tropfen einer gesättigten Sodalösung, worauf sich der Nährboden vollständig entfärbt. Die dabei ansfallenden Erdsalze werden abfiltrirt. Wenn man diesen Nährboden mit Bact. coli beschickt, so schillert der Nährboden nach einigen Stunden intensiv rot, wogegen der Typhusbacillus diese Farbenänderung nicht hervorruft. Giesst man Platten von diesem Nährboden, wenn er mit Typhus- nnd Colibacillen gleichzeitig besäet ist, so erscheinen die Kolonien des Bacterium coli rot, während die Typhuskolonien farblos nnd durchsichtig sind. Dieser Unterschied soll sehr auffällig sein. H. Bischoff.

Jez, Ueber Diazoreaktion und über die prognostische Bedeutung derselben bei Typhus abdominalis. Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 52.

J. hat bei 250 verschiedenen Kranken etwa 3000 Mal den Urin auf Diazoreaktion untersncht nnd gefunden, dass bei Typhus abdominalis und Miliartuberkulose die Diazoreaktion fast konstant ist, bei Pneumonie, Lungentuberkulose, chronischer Nephritis, Cerebrospinal-Meningitis und Herzfehlern häufiger vorkommt, sc dass differentialdiagnostisch der Diazoreaktion keine grosse Bedeutnng zukommt, indem sie auch im Verlaufe anderer Krankheiten auftreten kann, die mit Typhus am leichtesten verwechselt werden können. Dagegen sichert in dem Falle, wo es sich um Unterscheidung zwischen Typhus und Gastroenteritis oder Febris gastrica handelt, das Auftreten der Diazoreaktion die Diagnose des Abdominaltyphus.

Sie tritt beim Typhus meist am Ende der ersten Wochc auf, ist am Beginn der zweiten am stärksten, um dann allmählich wieder abzunehmen. Tritt sie später noch einmal auf, so ist mit Sicherheit ein Recidiv zu erwarten. Das Auftreten der Diazoreaktion führt J. auf den Uebergang von

Typhustoxinen in den Urin zurück, jedenfalls ist nicht die Acetessigsäure als Ursache der Reaktion zu betrachten.

Tritt bei anderen Krankheiten, Vitium cordis, Nierenentzündung, Tuberkulose, die Diazoreaktion auf, so ist dies als Signum mali ominis zu betrachten. Es kommt also der Diazoreaktion eine grosse diagnostische und prognostische Bedeutung zu. H. Bischoff.

Fr. Lanz, Ueber die Behandlung der Phosphorvergiftung mit Kalium hypermanganicum nebst Bemerkungen über die Häufigkeit der Phosphorvergiftung in Prag. Berl. klin. Wochenschr. 1895, No. 40.

L. behandelte 12 Fälle von Phosphorvergiftung in der von Antal angegebenen Weise: Zunächst wurde der Magen mit grossen Mengen (50 und mehr Liter) einer $^1/_8$ pM. Lösung von Kalium hypermanganicum ausgespült, schliesslich wurde 1 Liter einer $^1/_2$ pM. Lösung von Kal. hypermanganicum in den Magen eingegossen und darin belassen; noch an demselben Tage wurden Abführmittel (Infus. Sennae) und an den folgenden Tagen grössere Dosen doppelkohlensauren Natrons und Ol. Terebint. vetust. (3mal täglich 5 Tropfen) gereicht. Von diesen Fällen starben 5, und zwar, mit einer Ausnahme, alle, welche 0,2 g oder mehr Phosphor verschluckt hatten; bemerkt sei übrigens, dass die Menge des eingenommenen Phosphors sich in keinem Falle mit Sicherheit feststellen liess. Vergleicht man den Procentsatz der Mortalität mit dem bei anderen Behandlungsweisen, so zeigt sich, dass die Anwendung des Kalium hypermanganicum keinen deutlich günstigen Einfluss auf den Verlauf und noch weniger auf den Ausgang der Phosphorvergiftung ausübt. Erwähnt sei noch, dass in der Mehrzahl der mitgeteilten 12 Fälle die im Magen belassene $^1/_2$ pM. Lösung von Kal. hypermangan. binnen kurzer Zeit ganz oder teilweise erbrochen wurde. — Phosphorvergiftungen sind in Prag ungemein häufig; auf der dortigen Klinik kamen in den letzten $5^1/_2$ Jahren 40 Fälle zur Beobachtung; in allen Fällen handelte es sich um Selbstmordversuche, ausgeführt durch mit Stangenphosphor erzeugte Zündhölzchen. Schon wiederholt wurde von autoritativer Seite gefordert, durch ein Gesetz die Fabrikation und den Verkauf von Phosphorhölzchen zu verhieten. Ausserhalb Prags sind sowohl in Böhmen, als auch im übrigen Oesterreich Phosphorvergiftungen weit seltener. K. Kronthal.

H. B. Robinson, Acquired subluxation of the knee-joint in young children. Brit. med. journ. 1895, S. 196.

R. hat bei 3 Kindern eine eigentümliche Form von Suhluxation im Kniegelenk beobachtet. Alle 3 Kinder waren Mädchen im Alter von gegen 12 Monaten; sie waren alle früher gesund und hatten eben angefangen, von ihren Beinen Gebrauch zu machen. Sie stellten die Bewegungen ziemlich plötzlich wieder ein und man konnte neben der veränderten Stellung im Kniegelenk eine Schlaffheit der Muskeln der unteren Extremitäten feststellen; wahrscheinlich bestand auch Erschlaffung der Gelenkbänder. Die Knochen des Unterschenkels waren seitlich nach aussen abgewichen, die innere Seite der Tibia nach vorn gekehrt; in ihre normale Stellung

liessen sich die Unterschenkelknochen mit einem hörbaren Schnappen zurückführen. Rachitis bestand bei keinem der 3 Kinder. Lähmungen sind nach Verf.'s Meinung ausgeschlossen. Die Prognose ist gut; die Behandlung war eine allgemein roborirende (kräftige Ernährung, Eisen); ausserdem wurden die Muskeln mit Linimenten eingerieben. Stadthagen.

J. Schütz, Zur Casuistik des Hydrops cystidis felleae. Wien. med. Presse. 1896, No. 13.

Eine 67jährige Patientin, welche ein Jahr vor ihrer jetzigen Erkrankung an einem Abscess in der Lebergegend gelitten hatte, aus welchem sich 2 Gallensteine entleerten und der sich erst sehr spät schloss, kam mit ausgesprochenem Marasmus und Inanition zur Behandlung. Icterische Symptome bestanden nicht, der Unterleib war erheblich vergrössert und gespannt. In der Regio epigastrica befanden sich 2 durch eine schmale Hautbrücke getrennte Geschwürsflächen, welch' letztere mit jüngeren Granulationen besetzt waren. Am Bauche fühlte man eine grosse, harte Resistenz, die sich von der Leber bis nahe an das Becken erstreckte, sich glatt anfühlte, leeren Perkussionsschall ergab, aber keine Fluctuation fühlen liess. Sch. curettirte die Geschwürsfläche und suchte nach einer etwa bestehenden Fistel, die aber erst nach dem Verlauf einiger Tage unter Anwendung von immer dickeren Jodoformtampons aufgefunden wurde. Schliesslich wurde aus der Fistel ein haselnussgrosser brauner Gallenstein entfernt. Da der Kräftezustand der Kranken sich besserte, so wurde sie entlassen und der Behandlung ihres Hausarztes übergeben. Letzterer entfernte fast 100 Calculi aus der Fistel. Letztere schloss sich endlich und die Kranke blieb bis zu ihrem an Lungenentzündung erfolgten Tode von ihrem Leberleiden befreit. Auffällig war bei der Kranken die ausgesprochene Cachexie, die an ein bestehendes Carcinom der Leber denken liess, ebenso das absolute Fehlen jedes icterischen Symptoms. Wie der bestehende umfangreiche Hydrops vesicae felleae zu stande kam, ist schwer zu erklären. Vielleicht befanden sich die zahlreichen Gallensteine, die übrigens sämmtlich facettirt und würfelförmig waren, in einem nahe dem Ductus cysticus sitzender Divertikel, nachdem vorher der Ductus cysticus durch Ulceration zum Verschluss gebracht war. C. Rosenthal.

W. Leube, Zur Diagnose der systolischen Herzgeräusche. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 57. (3/4.)

Verf. stellt folgende differential-diagnostische Regeln: 1. Accidentelle, anämische Geräusche: Die Herzdämpfung darf die normalen Perkussionsgrenzen nicht überschreiten; der zweite Pulmonalton ist nicht verstärkt; das systolische Geräusch ist am Ostium pulmonale allein oder wenigstens am deutlichsten zu hören. Alle anderen Unterscheidungsmerkmale, namentlich die die Intensität und die Konstanz der Geräusche betreffenden, sind mehr oder weniger unzuverlässig. Die Entstehungsursache dieser Geräusche sucht Verf. nicht an der Mitralis, sondern an den grossen Gefässen, speziell an der Pulmonalarterie, deren Wände infolge von ver-

mindertem Tonus abnorme Schwingungen machen. Ursachen dieser Geräusche sind die verschiedenen Formen der Anämie, ferner die Wirkung der Toxine mannigfacher Infektionskrankheiten auf das Herz und die Wände der grossen Gefässe („fehrile Herzgeräusche"). — 2. Endocarditische Mitralinsufficienz. Hierbei (speziell bei den chronisch-endocarditischen Veränderungen) ist der — nicht sehr verstärkte, jedenfalls nicht hebende — Herzstoss fast immer im 5. Intercostalraum, und zwar nach aussen gerückt, zu fühlen; die Perkussion ergiebt Verbreiterung der Herzgrenzen nach links und nach rechts; das systolische Geräusch ist an der Spitze, zuweilen auch an der Auskultationsstelle der Pulmonalis am stärksten zu hören; der zweite Pulmonalton ist verstärkt. Schwieriger ist die Diagnose bei einer akuten Endocarditis, da die Vergrösserung der Herzdämpfung (namentlich nach rechts hin) hier wegfällt; hier ist auch die Aetiologie der Krankheit diagnostisch mit zu verwerten. — 3. Funktionelle, relative Insufficienzen der Mitralis, wie sie — bei vollständiger anatomischer Intaktheit der Mitralklappen — in myocarditischen Veränderungen oder in Muskelschwäche, bedingt durch Intoxikation oder Anämie, begründet sein können. Das an der Herzspitze allein oder zugleich an der Pulmonalis vernehmbare Geräusch ist im Allgemeinen wenig intensiv; daneben ist das Wechselvolle des Geräusches zu beachten, welches zeitweise ganz fehlt. Der Herzstoss ist schwach, ebenso der Radialpuls; die Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts und links hin ist stets beträchtlich; der 2. Pulmonalton ist immer accentuirt. Perl.

W. v. Bechterew, Ueber syphilitische disseminirte cerebrospinale Sklerose. Arch. f. Psych. etc. 1896. XXVIII. (3.)

v. B. beschreibt eine weniger bekannte und in der Form von zerstreuten Herden sowohl im Rückenmark wie auch im Gehirn auftretende syphilitische Erkrankung bei einem Offizier, der vor einem Jahre Syphilis acquirirt und keine regelrechte antisyphilitische Behandlung durchgemacht hatte. Derselbe klagte über Schwäche in den Füssen und Schmerzen und Parästhesien am ganzen Körper und hatte gesteigerte Sehnenreflexe, Fussclonus, Blasenbeschwerden, Beugungsspasmen in den Kniegelenken, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule. Unter energischer antisyphilitischer Behandlung trat eine Besserung ein. Bald folgten jedoch eine Sprachstörung, Devivation der Augen, völlige spastische Paraplegie der Beine, apoplectiforme Anfälle, krampfhaftes Weinen, motorische Trigeminuslähmung, linksseitige Hemianopsie, und endlich 2 Jahre nach der Infektion Coma mit tödlichem Ausgang. Die Sektion und mikroskopische Untersuchung erwiesen ein Gumma im linken Sehhügel, charakteristische luetische Gefässaffektionen der Art. basilaris und der hinteren Verzweigungen vom Circul. arter. Willis. und endlich eine bedeutende Zahl von zerstreuten Herden im Gehirn, Rückenmark und den austretenden Wurzeln. Diese sklerotischen Herde lagen in der Nähe von Gefässstämmen und stellten die Bindegewebswucherung in den Herden mit den stark verdickten Gefässwänden ein ununterbrochenes Ganze dar; der Prozess schien sich von den Gefässen auf das umliegende Gewebe ausgebreitet zu haben. In allen Herden befanden

sich stark verdickte Gefässe, besonders der Tunica adventitia; dabei fanden sich Granulationselemente in der Gefässwand, zwischen Media und Adventitia, Verkleinerung, Obliteration der Gefässlumina, fibröse Gewebsbildung u. s. w. Von den Herden bei der disseminirten Sklerose unterschieden sich diese multiplen syphilitischen Herde wesentlich durch ihre derbe, fast knorpelige Härte; durch die Verdrängung der Nervenelemente und sekundäre Atrophie durch das um die Gefässe gewucherte Bindegewebe; durch den Mangel der Schwellung und Proliferation der Spinnen- oder Deiters'schen Zellen; durch das Zugrundegehen des Axencylinders und das Vorkommen von sekundären Degenerationen. Solche fanden sich hier sowohl im Rückenmark, wie im Gehirn, in den Fasern des vorderen Kleinhirnschenkels, des centralen Haubenbündels und der Schleifenschicht. Auch die Erweichungen und Blutungen in den Herden wie in ihrer Nachbarschaft sprechen hier gegen eine insuläre multiple Sklerose, und noch mehr das ganze klinische Bild. S. Kalischer.

H. Sieveking, Kompression des Cervicalmarks durch ein im Wirbelkanal liegendes Neurofibrom bei einem Fall von multiplen Neuromen. Jahrb. der Hamb. Staatskrankenanst. 1893/94.

Der 24 Jahre alte Pat. war geistig imbecill. Einige Wochen vor der Aufnahme hatte er Kriebeln und Schwäche im rechten Bein und beiden Armen bekommen. Die Untersuchung ergab, dass bei dem Kranken im Verlaufe vieler Nerven sich Anschwellungen bis zur Grösse einer Mandel abtasten liessen. Anfangs bestanden Funktionsbehinderungen in den verschiedenen Muskelgruppen ohne EaR bei gesteigerten Reflexen und normaler Sensibilität. Dann stellten sich Atrophien, fibrilläre Zuckungen und Blasen- und Mastdarm-Inkontinenz ein. An einer Pneumonie ging der Kranke zu Grunde. Die Diagnose lautete: multiple Neurome mit Affektion des Cervicalmarks. Die Sektion bestätigte diese Annahme. Die Tumoren, deren einer im Wirbelkanal extradural in der Höhe des 3. Halswirbels lag, waren echte Neurofibrome, welche an den peripheren Nerven die Nervenfasern intakt liessen und meist im Endo- und Perineurium zu einer Hyperplasie der Bindesubstanz geführt hatten. M. Brasch.

N. M. Popoff, Ueber den Verlauf des Nervenfaserbündels, das unter dem Namen „Conductor sonorus" bekannt ist. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkde. VII. (1/2.)

Der Vf. ist dem Verlauf des von älteren Autoren öfter genannten Conductur sonorus nachgegangen. Er studirte den Faserverlauf an Querschnitten durch einen menschlichen Hirnstamm und giebt seine Befunde an 9 Figuren wieder. Es handelt sich um jenes Bündel am Boden des 4. Ventrikels, das von der Raphe sich abhebend, im spitzen Winkel antero-lateralwärts zieht. Die mikroskopische Untersuchung ergab nun, dass in diesem Falle die Fasern des Conductur sonorus den gleichen Ursprung nehmen mit denjenigen der Gehörstränge, dann aber entfernen sie sich von der Raphe, gehen seitwärts ab und vereinigen sich im lateralen Winkel der Rautengrube mit

den Fasern, welche im mittleren Kleinhirnschenkel in das Kleinhirn ein treten. M. Brasch.

Th. Baer, Zur Wirkung des Jodkalinms in der Frühperiode der Syphilis. (Aus der dermat. Abteil. des städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.) Therap. Monatsh. 1896, Oktober.

Es ist allgemein bekannt, dass das Jodkalinm ausser auf die tertiären Affektionen auch auf diejenigen Erscheinungen im Frühstadinm der Syphilis, welche man auf die Wirkung von Toxinen zurückzuführen pflegt (Anämie, Fieber, Kreuz- und Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Schlaflosigkeit, rheumatoide Schmerzen, Schwindel etc.), prompter wirkt als Quecksilber. Dasselbe gilt aber nach des Verf.'s Beobachtungen für alle ulcerösen Vorgänge auf den Schleimhäuten nnd der änsseren Haut, auch wenn sie noch der sekundären Periode angehören, nnd insbesondere für die hypertrophischen Prozesse (Papeln), welche so häufig an den Genitalien und am Anns, seltener im Mnnde vorkommen. Das Jodkalium, namentlich in hohen Dosen, allein oder neben der Quecksilberbehandlung gebraucht, hat hier eine viel raschere Resorption zur Folge, als die letztere allein. Dagegen zeigt es auf die anderen Erscheinungen der Sekundärperiode keinen Einfluss.

H. Müller.

R. Ruge, Die der Zanzibarküste eigentümlichen klimatischen Leistendrüsenentzündungen. Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXVI. S. 391.

Verf. teilt 85 Fälle von Leistendrüsenentzündungen mit, die auf deutschen Kriegsschiffen an der Zanzibarküste beobachtet wurden und als deren Ursache venerische Affektionen, Verletzungen der nnteren Extremitäten und andere Erkrankungen auszuschliessen waren; Malaria fand sich lediglich als gelegentliche Komplikation. Es blieb also nur die Annahme, dass es sich nm die auch sonst schon beschriebenen klimatischen Leistendrüsenentzündungen handelte. Verlauf und Art der Schwellung boten die grössten Verschiedenheiten; teils verlief die Entzündung nnter hohem Fieber akut, teils schleichend, über mehrere Monate sich hinziehend, bald bestanden die Geschwülste nur aus einem Drüsenpaket, bald aus mehreren aneinandergereihten geschwollenen Drüsen. In 60,5 pCt. der Fälle gingen die gewöhnlich schmerzhaften Bubonen zurück, in 39,5 pCt. nötigte ihre Vereiterung zur Incision. In der grossen Mehrzahl war allerdings die schnelle, in wenigen Tagen sich vollziehende Entwicklung der Schwellung auffallend. Im Uebrigen liessen sich charakteristische Symptome für diese Art der Drüsenentzündung nicht auffinden. H. Müller.

M. Dreysel, Ueber das Leucoderma syphiliticnm. (Aus der dermat. Abteil. des Dr. Jadassohn am Allerheiligen-Hospital zu Breslau.) Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 42.

G. Lewin hat bestritten, dass das sog. Leucoderma syphiliticum ein diagnostisch sicheres Zeichen der Syphilis sei, weil er es auch bei etwa 4 pCt. von 4800 nicht syphilitischen Weibern gefunden hatte (Cbl. 1894, S. 357). Um diese Angabe nachzuprüfen, untersnchte Verf. 2018 weibliche

Patienten Breslauer Krankenanstalten, die nicht an venerischen Affektionen litten, und konnte nur bei 3 von ihnen, also bei 0,15 pCt., das Leucoderma konstatiren. Den Grund dieser Differenz vermutet er in der Verschiedenheit des Untersnchnngsmaterials. Mit Sicherheit festzustellen, dass ein Mensch nie syphilitisch war, ist überhanpt nicht möglich, und jedenfalls erschienen in dieser Beziehung an lokalen venerischen Affektionen leidende Weiber und Prostituirte, wie sie den Beobachtungen Lewin's zn Grunde lagen, besonders verdächtig. So fand anch D. nnter 700 Prostituirten 291, bei denen weder die Anamnese, noch die objektive Untersnchung einen Anhalt für vorhandene oder voransgegangene Syphilis geben, und doch wiesen 11 von ihnen, also ebenfalls nngefähr 4 pCt., ein typisches Leucoderma auf. Verf. kann also den gegen die Specificität des letzteren von Lewin geltend gemachten Einwand nicht als stichhaltig anerkennen.

H. Müller.

---

1) **F. Mainzer,** Die doppelseitige Ovariotomie bei Schwangeren. (Aus L. Landau's Frauenklinik in Berlin.) Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 48.

2) **W. Stokes,** Notes on ovariotomy. Dublin jonrn. 1896, July.

1) Verf. hält nicht nur die frühzeitig ausgeführte einseitige Ovariotomie bei Geschwnlstbildnng im Eierstock während der Schwangerschaft für notwendig, sondern auch die doppelseitige bei Tumoren in beiden Ovarien. In Rücksicht auf das Leben der Mutter ist nach Ansicht von M. die Operation fortiore ratione indicirt, da die Gefahren, wie Unmöglichkeit des Durchtritts der Frucht, Uteruszerreissung u. s. w., durch doppelseitige Geschwülste noch gesteigert werden. In Betreff der Erhaltung des kindlichen Lebens kommt M. an der Hand von 17 Fällen nnd gestützt auf die statistischen Zusammenstellnngen von Dsirne und Vinay zu dem Schlusse, dass die Annahme Fehling's, die Schwangerschaft werde nach frühzeitig ausgeführter doppelseitiger, sowie nach einseitiger Ovariotomie in der Regel vorzeitig beendet, nicht zntreffe, sondern dass gerade nach Operationen in späteren Monaten der Schwangerschaft die Ansstossung der Kinder häufiger rechtzeitig erfolgt, als in den ersten Monaten.

2) 4 Fälle von Ovariotomie ohne besonders schwierige Komplikationen veröffentlicht Verf., um zu beweisen, dass man in jedem gut eingerichteten chirurgischen Krankenhause derartige Operationen ausführen kann, die früher für eine Domäne der Specialisten galten. Es ist das eine Anschauung, die wohl auf dem Kontinent schon lange verbreitet ist. A. Martin.

---

1) **Laroyenne,** Du traitement des collections pelviennes par nn large débridement vaginal. Annal. de gynécol. 1896, Sept.

2) **H. Hartmann,** Traitement des suppurations pelviennes. Gaz. hebdom. 1896, No. 72.

3) **P. Reynier,** Traitement des suppurations pelviennes. Annal. de gynéc. 1896, Sept.

1) L. empfiehlt für einseitige oder doppelseitige Flüssigkeitsansammlungen im Becken, mögen sie in Herden über oder nebeneinander liegen,

Digitized by Google

die Incision vom hinteren Scheidengewölbe aus. Man soll zunächst den am leichtesten zugänglichen Herd eröffnen und von diesem aus in den zweiten vordringen. Bei Hämatocelen mit peritonitischen Symptomen und den Zeichen fortschreitender innerer Blutung soll man ebenfalls vom hinteren Scheidengewölbe aus eröffnen, um bei Tubargravidität event. die Resektion der geschwängerten Tube vorzunehmen. Als Instrument zur Eröffnung der Herde empfiehlt L. seinen Troicart cannelé, dessen Vorteile er näher bespricht. Gegen Blutungen aus den eröffneten Herden kann man sich durch Einlegen von Schwämmen schützen, die in Jodoformgaze eingewickelt werden sollen. Man kann die Schwämme nach 48 Stunden oder später entfernen, wenn die Kranke entfiebert ist. Schliessen sich die Wunden bei grossen Exsudaten frühzeitig, so kann man 3—4 Wochen später nenerdings eine Eröffnung an einer tiefer gelegenen Stelle vornehmen.

2) H. bespricht nur die Entzündungen der Adnexe und ihrer Umgebung und berichtet nach einigen allgemeinen Bemerkungen über die Resultate seiner 167 operativen Eingriffe (seit 1. I. 93) mit 8 Todesfällen. Es handelte sich um 104 Cöliotomien (3,8 pCt. †) 39 vaginale Hysterectomien (7,68 pCt. †) und 22 leichtere Colpotomien mit 0 pCt. Mortalität. Nach einem Vergleich seiner Statistik mit der von Delbet, Richelot und Segond kommt er zu dem Resultat: Der Bauchschnitt ist in der Mehrzahl der Fälle vorzuziehen. Die einfache vaginale Incision ist anwendbar bei Blutergüssen im Douglas und bei ausgesprochen einseitigen, nicht zu hoch sitzenden, eitrigen Herden. Die vaginale Hysterectomie ist angezeigt in den seltenen Fälleu von Beckeneiterung mit multiplen Herden und bei völliger Immobilisirung des Uterus. Anwendbar ist sie in den ausgesprochenen doppelseitigen Erkrankungen geringeren Umfanges. Für alle grossen Tumoren, alle hochgelegenen Affektionen, für alle nicht ganz unzweideutig doppelseitigen Veränderungen ist der Bauchschnitt vorzuziehen. Die Colpotomia ant. der Deutschen verwirft er ganz.

3) R. empfiehlt zur Behandlung von Beckeneiternngen folgendes Verfahren: Bei jungen Frauen mit den Zeichen frischer Infektion und Eiterherden, die von der Scheide aus zugänglich sind, incidire man zunächst von der Scheide aus und drainire ausgiebig. Wenn trotzdem die Zeichen der Infektion fortbestehen, so vervollständige man die Operation früher oder später durch eine Hysterectomie.

Leidet die Kranke nach Vernarbung der Scheidenwunde und Aufhören der Eiterung noch, so mache man eine Nachoperation in Gestalt einer Hysterektomie bei krankem Uterus; mehr aber rät er zu einer Laparotomie, welche ein genaueres Urteil über die Lage der Krankheitsherde ermöglicht.

Wenn auch der Scheideneinschnitt nicht immer zur Heilung führt, so versucht R. dieselbe bei jungen Frauen zunächst damit zu erzielen. Für radikale Operationen bleibt immer noch Zeit übrig. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 27. März. No. 13.

Inhalt: Argutinsky, Zur Histologie des Rückenmarks. — Streiff, Form der Schilddrüsenfollikel beim Menschen. — Escombe, Zur Chemie der Flechten und Pilze. — Klug, Beiträge zur Pepsinverdauung. — Dormeyer, Ueber die quantitative Bestimmung des Fettes. — Pässler, Ueber primäres Lungenearcinom. — König, Hammer, Petersen, Verwertung der Röntgen'schen Strahlen für die Diagnose. — Krause, Ueber intraeranielle Trigeminus-Resektion. — Bondi, Veränderungen der Retina bei perniciöser Anämie. — Kaufmann, Fall von Taubheit nach Fallen auf den Hinterkopf. — Rethi, Die nasale Bronchitis. — Bosc und Blanc, Durchtritt der Bakterien durch die Darmwand. — Schellong, Ueber die Diphtherie in den Tropen. — Gilbert und Fournier, Ueber den Bacillus der Psittacose. — Veiel, Ueber das Airol. — Hirsch, Behandlung von Magenblutungen. — Loeb, Strümpell, Ueber alimentäre Glykosurie und Diabetes. — Labadie-Lagrave und Régnier, Galvanische Behandlung der Bleikolik. — Hochhaus, Déjérine und Mirallie, Müller, Raymond, Ueber Fälle von Syringomyelie und Morvau'scher Krankheit. — Behrend, Pemphigus acutus mit Hornecystenbildung. — Unna, Ueber das Wesen der Verhornung. — Warlsch, Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit. Donald, Thomson, Ueber vaginale Cöliotomien. — Vogel, Oporative Behandlung der Beckenabscesse. — Kessler, Ueber Vaginofixation.

P. Argutinsky, Ueber eine regelmässige Gliederung in der grauen Substanz des Rückenmarks beim Neugeborenen und über die Mittelzellen. Arch. f. mikr. Anat. XLVIII. S. 496.

In den lateralen Teilen der grauen Substanz des Dorsalmarkes liegt etwas einwärts von jedem der Seitenstränge parallel zur Längsaxe eine Reihe von kleineren Nervenzellen. Sie hören an der Grenze gegen das Lendenmark hin scharf auf, reichen jedoch nach oben hin etwas in das Halsmark hinein. Von den Seitenhornzellen unterscheiden sie sich dadurch, dass sie stets vom Seitenstrang etwas entfernt und hinter einer frontal durch den Centralkanal gelegten Ebene zurückbleiben, vielmehr in einer Ebene mit der hinteren Kommissur liegen. Man nennt sie nach Waldeyer's Vorschlage „Mittelzellen". Vf. untersuchte ihre Lageverhältnisse an Längsschnitten von Rückenmarken älterer Embryonen und Neugeborener. Ihre Lage ist hier eine etwas wechselnde, indem sie sich bald den Seitenhorn-

zellen bis zur Verschmelzung genähert, bald auch weit von ihnen nach der Mitte zu entfernt finden. Ihr gewöhnlicher Platz ist dicht an der äusseren Einbuchtung des mittleren Gebietes der grauen Substanz, beim Abgange des Hinterhornes.

Verf. hält dafür, dass die Mittelzellen ihre definitive Lage erst in späteren Zeiten des Embryonallebens einnehmen. Bezüglich ihrer vertikalen Anordnung lassen sie eine regelmässige Gliederung erkennen, derart, dass sie in Gruppen von 0,1 mm Höhendurchmesser zu 15—25 Stück zusammenliegen; die Centra der Gruppen stehen etwa 0,3 mm voneinander ab (beim Neugeborenen). Aus vorstehenden Zahlen geht schon hervor, dass diese Gliederung keine „segmentale" ist, d. h. dass nicht jedem Körpersegmente auch eine Zellengruppe entspricht; auch ist sie weder vom Verlaufe der Nervenfaser (der „horizontalen Kleinhirnbündel" Flechsig's), noch von der Anordnung der Blutgefässe (vergl. das Original) abhängig. Vielmehr muss sie als sekundär erworben, phylogenetisch und ontogenetisch bislang unerklärt aufgefasst werden. Beim Rückenmark des Erwachsenen scheint sie in ähnlicher Weise vorhanden zu sein. Eine gleiche, weniger ausgeprägte Gliederung ist an den Seitenhornzellen des Dorsalmarkes vom Verf. wahrgenommen worden, während sie hier an den motorischen Zellsäulen und an den Clarke'schen Säulen anscheinend fehlt. Die Anordnung der Centralarterien in den Vorderhörnern spricht allerdings für eine (vorhanden gewesene) Gliederung der motorischen Zellsäulen. Brühl.

J. J. Streiff, Ueber die Form der Schilddrüsenfollikel des Menschen. Arch. f. mikr. Anat. XLVIII. S. 579.

Verf. rekonstruirte nach dem Born'schen Plattenverfahren eine Anzahl Follikel der normalen menschlichen Schilddrüse in 500facher Vergrösserung. Es finden sich Tubuli und Alveoli nebeneinander, bisweilen mit seitlichen Erweiterungen oder zu mehreren in Verbindung stehend. Dagegen konnte ein Zusammentreten der Follikel zu einem System von Kanälen nicht nachgewiesen werden. Verf. nimmt an, dass die Schilddrüse sich nach Art einer verästelten tubulösen Drüse entwickelt und dass die scheinbaren Alveoli dadurch zu stande kommen, dass sich eine Anzahl kurzer, abgeschnürter Schläuche durch das Sekret zu Blasen erweitert, bezw. dass seitliche Ausbuchtungen der Tubuli durch dazwischen wucherndes Bindegewebe von ihrem zugehörigen Röhrchen abgedrängt werden. Das Sekret scheint sich auch beim Menschen durch Platzen der Follikel in die Lymphbahnen des Bindegewebes zu ergiessen. Brühl.

F. Escombe, Beitrag zur Chemie der Membranen der Flechten und Pilze. Zeitschr. f. physiol. Chem. Bd. 22. S. 288.

Ausgehend von den Untersuchungen Winterstein's, welcher Chitin oder einen sehr ähnlichen Körper in den Membranen der Pilze gefunden hat, und der Thatsache, dass die Membranen der Algen Cellulose enthalten, hat Verf. untersucht, ob sich in den Flechten, welche als eine symbiotische Gemeinschaft von Algen und Pilzen anzusehen sind, die beiden Bestandteile: Chitin und Cellulose nachweisen lassen. In den Hyphen-Membranen

von isländischem Moos — Cetraria islandica — wurde weder ein chitinartiger Körper, noch Cellulose gefunden, die Algen-Membranen scheinen wesentlich aus einer Cellulose zu bestehen. Mit Uebergehung der von Peltigera canina und Evernia prunastre erhaltenen Resultate, die von rein phytochemischem Interesse sind, sei hier noch der Untersuchung des Sclerotiums des Mutterkorns (Claviceps purpurea) gedacht. Aus demselben wurde ein Körper erhalten, welcher in seinem Kohlenstoff- und Wasserstoffgehalt dem Chitosan nahe stand, aber augenscheinlich weniger Stickstoff enthielt.

E. Salkowski.

F. Klug jun., Beiträge zur Pepsinverdauung. Pflüger's Archiv. Bd. 65. S. 330.

Ueber die Leichtigkeit, mit der verschiedene Eiweisskörper in Albumosen und Peptone übergeführt werden, hat Verf. neue Untersuchungeu unter Benntzung des Klug'schen spektroskopischen Verfahrens angestellt. Die Verdauung geschah mit Pepsinsalzsäure; ersteres wurde aus Hunde-, Schweine- und Rindermagen hergestellt. Bestimmt wnrden die entstandenen Quantitäten von Antialbumose, Hemialbumose, Peptou, und zwar aus Fibrin, Syntonin, Alkalialbuminat, Serumalbumin, Paraglobulin, Casein als Vertreter animalischen Eiweisses; von vegetabilischen: Legumin, Pflanzencasein; ferner noch Gluten, Glutenfibrin. Auch gekochtes Eiweiss und rohes Fleisch wurden bestimmt.

Nimmt man die gelöste Menge Albumin als Maass der Verdauung, so wurden am besten verdaut: Alkalialbuminat und Casein, am schlechtesten gekochtes Eieralbumin und getrocknetes Fleischpulver. Ganz verschieden sind die aus den einzelnen Eiweissen gebildeten Mengen von Hemi-, Antialbumose und Pepton. Antialbumose giebt am meisten: Alkalialbuminat und Pflanzencasein, sehr wenig Milchcasein. Hemialbumose wurde am meisten erzeugt aus Casein (Milch- und Pflanzencasein), wenig aus Serumglobnlin, Fibrin, Legnmin, gekochtem und rohem Fleisch. Pepton ergaben gerade die Eiweisse wenig, die viel Albnmosen lieferten: Alkalialbnminat und Pflanzencasein; viel bildeten Syntonin und Serumglobulin. Am meisten Pepton wurde durch Hundepepsin, weniger durch Schweine-, noch weniger durch Rinderpepsin erzeugt.

Verf. betont, dass seine Resultate der Kühne'schen Anschauung der Präformation der Albumosen im Eiweissmolekül nicht günstig seien, vielmehr der ihrer Entstehnng während der Verdauung.

Weiter nntersuchte Verf. den Conceutrationsgrad, bei dem verschiedene Säuren am besten verdauen. Er giug von sehr niedrigen Concentrationen aus und steigerte sie, bis er das Optimum der Verdauung erreicht hatte. Zunächst zeigte sich, dass die absolut grösste Menge Eiweiss durch Salzsäure und Milchsänre gelöst wurde, dann durch Phosphorsäure, Salpeter-Essigsäure, auffallend wenig durch Schwefel- und Citronensäure. — Das Concentrationsoptimum lag für Salzsäure bei 0,6 pCt., Milchsäure 8 pCt., Phosphor- und Essigsäure 6 pCt., Salpetersäure 0,8 pCt., Schwefelsäure 0,6 pCt.; Eisessig 6 pCt., Citronensäure 8 pCt. — Auch hier war bei den einzelnen Säuren das Mengenverhältnis der gebildeten Hemi- nnd Antialbumose ein ganz verschiedenes, was gleichfalls gegen eine Präformation

derselben im Eiweiss spricht. — Verdauungsversuche bei Gegenwart von O, CO, CO_2 und H_2S statt atmosphärischer Luft, zeigten keine Aenderung im Ablauf gegenüber den in atmosphärischer Luft gehaltenen Kontrollproben.

A. Loewy.

C. Dormeyer, Die quantitative Bestimmung von Fetten, Seifen und Fettsäuren in tierischen Organen. Pflüger's Arch. f. die ges. Physiol. Bd. 65. S. 90.

Ausführliche Publikation der Ergebnisse, die im 61. Bande desselben Archivs bereits vorläufig mitgeteilt sind. In drei Versuchsreihen wurden einmal 50 g, einmal 38 g, einmal 32 g Muskel mit Aether extrahirt, und zwar 863, bezw. 871, bezw. 1044 Stunden lang. Drei Fünftel der schliesslich erhaltenen Fettmenge wurden schon in den ersten 15 Stunden erhalten, die übrigen zwei Fünftel im Laufe der übrigen Zeit. Von Wichtigkeit für die Menge des extrahirbaren Fettes erwies sich sorgfältiges wiederholtes Pulvern des getrockneten Fleisches. — Trotz der langen Extraktionsdauer enthielt das Fleisch immer noch in den Aether übergehende Anteile, so dass man sagen muss, dass auf dem Wege der Aetherextraktion eine quantitative Bestimmung der Fette des Fleisches nicht möglich ist. Nach Verdauung des extrahirten Fleisches mit Pepsin-Salzsäure konnten noch circa 8,5 pCt. des Fettes erhalten werden.

Eine Analyse der Aetherextrakte ergab ausser Fett und höheren Fettsäuren die Gegenwart niedriger flüchtiger Fettsäuren, von Lecithin, Cholesterin und stickstoffhaltigen Extraktivstoffen, letztere in sehr geringer Menge, ca. 0,425 pCt. des gesamten Aetherextraktes. — Verf. giebt zum Schluss — nachdem er nachgewiesen, dass die Behandlung mit Pepsin-Salzsäure keine Fettspaltung hervorruft, dagegen die Seifen spaltet — ausführlich seine Methode der „Aufschliessung" der Fleischfette durch künstliche Magenverdauung. Die Organe werden in vacuo oder bei 50—60° getrocknet, gepulvert, ca. 30 g 4—6 Stunden mit Aether extrahirt, die gefundene Fettmenge bestimmt. Dann wird die nun zum grössten Teil entfettete Masse verdaut durch Auszüge von Schweinemagen mit 0,5 proc. HCl-Lösung oder 0,1 proc. Pepsin- + 0,5 proc. HCl-Lösung. In diesen Flüssigkeiten ist zunächst eine Fettbestimmung vorzunehmen.

Nach beendeter Verdauung wird filtrirt, der Filterrückstand nach SOXHLET behandelt, das Filtrat mit Aether 4—6mal geschüttelt, die Auszüge vereinigt, der Rückstand derselben getrocknet, gewogen. Man erhält so die Gesammtheit der in den Organen enthaltenen Fette, Fettsäuren und Seifen.

A. Loewy.

H. Pässler, Ueber das primäre Carcinom der Lunge. Virchow's Archiv. Bd. 145. S. 191.

Im Breslauer pathologischen Institut fanden sich in den letzten dreizehn Jahren unter 9246 Sektionen 1000 maligne Tumoren, 870 Carcinome und 130 Sarkome, darunter 16 primäre Lungenkrebse, 1,83 pCt. aller Carcinome und 1,6 pCt. aller malignen Geschwülste. Verfasser stellt aus der Litteratur 70 Fälle von primärem Lungenkrebs zusammen bei denen Sek-

tionsbefund und mikroskopische Untersuchung eine wissenschaftliche Verwertung zulassen. Diesen reiht er 4 eigene Beobachtungen an.

Der erste betrifft einen 73jährigen Mann, bei dem linksseitige Recurrenslähmung; mässiges Emphysem mit etwas Husten und Auswurf bestand und nach Infiltration des linken Unterlappens rasch der Tod eintrat. Die Diagnose schwankte zwischen Aneurysma und Neoplasma des Mediastinum. Die Sektion ergab ein Bronchialcarcinom, das im Bronchiallumen exulcerirt war, und eine taubeneigrosse, carcinomatöse Lymphdrüse, die den N. recurrens sin. und auch die Trachea komprimirte. Das Lungenparenchym war an der Krebsbildung nicht beteiligt. Die krebsige Wucherung breitete sich in Lymphspalten des Bindegewebes und in dem den Krebs umgebenden jungen Granulationsgewebe aus. Es war ein kleinzelliger Cylinderzellenkrebs von drüsenähnlichem Bau. Uebergangsbilder zwischen dem Epithel der gewucherten Schleimdrüsen und den Carcinomzellen fanden sich nicht.

Im zweiten Fall trat bei einem 52jährigen Mann der Exitus unter kopiöser Hämoptoë ein. Die Sektion zeigte eine Zerreissung des rechten Hauptastes der Lungenarterie infolge Zerfalls des in die Wand eingedrungenen Carcinoms. Die ulcerirte Neubildung sitzt im rechten Hauptbronchus dicht unter der Bifurkation mit Ausbreitung in der Bronchialwand, dem mediastinalen Bindegewebe und den grossen Gefässen; sie reicht bis zum Atrium sinistrum. Nur in geringem Umfang ist das Lungenparenchym ergriffen; hier wuchert der Krebs in die Alveolarlumina hinein, während er sich sonst auf dem Wege des Lymphgefässsystems ausbreitet. Es handelt sich um einen verhornenden Plattenepithelkrebs.

Der dritte Fall bei einem 63jährigen Mann verlief unter dem Bilde einer schweren cerebralen Herderkrankung, während auf eine primäre Lungenerkrankung hinweisende Symptome völlig fehlten. Die Sektion zeigte primären Krebs der Lunge mit ausgedehnten Metastasen im Centralnervensystem. Im Centrum des im linken Unterlappen sitzenden Tumors befand sich ein Bronchus dritter Ordnung; Bronchien und Lungenparenchym sind in gleicher Weise ergriffen. Im Bronchus verbreitet sich die Geschwulst in den Lymphbahnen und Gewebsspalten, im Lungenparenchym in den Alveolarräumen und den Spalten des interlobulären Bindegewebes bei Intaktsein der interalveolären Lymphgefässe. Die Krebszellen sind gross, cylindrisch, zum Teil schleimig entartet. Doch finden sich keine Uebergangsbilder zwischen den gewucherten Schleimdrüsen und dem Krebs.

Im letzten Fall endlich erkrankte eine 46jährige, syphilitisch inficirte Frau mit Bronchitis und Pleuritis exsudativa sicca. Unter Dyspnoe und Herzschwäche trat der Exitus ein. Die Sektion ergab eine ausgedehnte Pleuracarcinose, ausgehend von einem kleinen Tumor im subpleuralen Lungengewebe. Beziehungen des letzteren zu einem grösseren Bronchialast bestehen nicht; im Lungenparenchym wuchert der Krebs peripher in die benachbarten Alveolen und zerstört das normale Epithel. Die interalveolären Lymphbahnen sind frei von Krebszellen. Es handelt sich um ein ausgesprochenes Cylinderzellencarcinom.

Verf. unterscheidet dem klinischen Krankheitsbilde nach 2 Gruppen des primären Lungenkrebses: die eine, bei der die physikalisch nachweis

baren Veränderungen der Lungen im Vordergrunde stehen und der Krebs entfernt von der Lungenwurzel in den Bronchien zweiter und niederer Ordnung sitzt, die andere mit den Symptomen eines Mediastinaltumors und dem Sitz des Carcinoms an der Lungenwurzel. Die erste Gruppe täuscht anfangs oft das Bild der chronischen Lungentuberkulose vor, während sich später Bronchiektasen, ausgedehnte Pneumonien und gangränöse Prozesse ausbilden. Für die Mehrzahl der makroskopisch als Bronchialkrebse imponirenden primären Lungencarcinome ist der Ursprung vom Bronchus der wahrscheinlichste. Bei den zweifelhaften Fällen ist bisher ein Beweis, dass es Alveolarepithelkrebse sind, nicht erbracht; es bleibt eine offene Frage, ob ein derartiger primärer Krebs des eigentlichen Lungengewebes überhaupt vorkommt.

Was die Frage des Wachstums der primären Lungenkrebse betrifft, so ist für den primären Plattenepithelkrebs kein Fall peripherischen Wachstums einwandsfrei berichtet. Dasselbe gilt für den reinen Cylinderzellenkrebs der Lunge. Bei 2 Fällen mit polymorphen Zellen ist allerdings periphere Krebsentwicklung beschrieben; doch wird man bei diesem spärlichen Material die Frage, ob beim primären Lungenkrebs ausschliesslich centrales Wachstum oder auch ein peripherisches vorkommt, für eine offene halten müssen.

Verf. kommt endlich auf Grund der in der Litteratur niedergelegten mikroskopischen Untersuchungen und der Ergebnisse seiner eigenen vier Fälle zu dem Schluss, dass die morphologischen und biologischen Eigenschaften der Geschwulstzellen in den meisten Fällen von primärem Lungenkrebs so vieldeutig sind, dass sie zur Beurteilung der Histogenese dieser Krebse nicht zu verwerten sind. M. Rothmann.

---

1) **F. König,** Die Bedeutung der Durchleuchtung (Röntgen) für die Diagnose der Knochenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 8.

2) **Hammer,** Auffindung eines metallischen Fremdkörpers im Daumenballen mittelst der Röntgen'schen Strahlen. Ebenda.

3) **W. Petersen,** Chirurgisch-photographische Versuche mit Röntgen'schen Strahlen. (Aus der chir. Klinik zu Heidelberg.) Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 6.

1) Bei einer 46jähr. Dame hatte lange die Diagnose zwischen Entzündung und Neoplasma des oberen Tibia-Endes geschwankt, bis Pulsation auftrat und zu Gunsten des letzteren entschied. Die Untersuchung nach Ablatio femoris ergab ausser Spuren abgelaufener serofibrinöser Gonitis ein die Tibia-Epiphyse nebst einem Teil des Schaftes ausfüllendes Neoplasma, welches das Periost abgehoben, doch noch nicht durchbrochen hatte und sich als Spindelzellensarcom erwies. Auf dem dem Frontalschnitt des Präparates entsprechenden Bilde, welches von Prof. Goldstein mit Hülfe der Durchleuchtung ausgeführt wurde, sieht man die Gelenkcontouren des Tibia-Endes sowie Meniscus deutlich, abwärts aber statt des dunkel contourirten, tiefer erst beginnenden Schaftes der Tibia eine eigentümlich lappig aussehende, sich durch einen helleren Ton auszeichnende Geschwulst. Die

Durchleuchtung der Tibia zeigte also: 1. die Grenzen der Zerstörung des Knochens und 2. den Charakter der Geschwulst.

2) Während in dem vorliegenden Fall durch zu kurze Expositionszeit ein nicht ganz tadelloses Bild hergestellt werden konnte, genügte eine Expositionsdauer von 30 Minuten, um im Daumenballen ein Nadelstück querliegend nachzuweisen. Besondere Aufmerksamkeit verdient hier die Verwertung der schärferen Contouren des Fremdkörpers zur Erkennung seiner Position vor den Knochen.

3) Weniger wegen der nicht dem lebenden Körper angehörigen, sondern Leichen- und Tierpräparaten entnommenen Objekte, als um der einfachen Versuchsanordnung willen ist P.'s kurzer Aufsatz anzuführen. P. gebraucht eine Bunsen'sche Zinkkolben-Tauchbatterie von 9 Elementen, einen Ruhmkorff'schen Apparat von 8 cm Funkenlänge und eine birnförmige Hittorf'sche Röhre. Diese Röhre wurde senkrecht aufgestellt, die Cathodenstrahlen mittelst Bleiblenden, welche 1—2 cm weit gebohrt und 4—8 cm von der Lichtquelle entfernt werden, möglichst concentrirt, und die in der Kassette liegende photographische Platte 40—60 cm von der Lichtquelle aufgestellt. Expositionsdauer $^1/_2$—2 Stunden.

P. Güterbock.

F. Krause, Erfahrungen über die intracranielle Trigeminusresektion. Arch. f. klin. Chir. L. S. 469.

Während die erste intracranielle Resektion Verf.'s nur den 2. und 3. Ast des Trigeminus betraf, zeigte ihm ein schon nach acht Monaten auftretendes Recidiv in Verbindung mit deutlichen Veränderungen der Zellen des erst exstirpirten Ganglions, dass das Ganglion Gasseri sammt dem Trigeminus-Stamm entfernt werden muss. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Ausfallserscheinungen nach dieser Operation beim Menschen nur geringe sind und die Gefahr des Eingriffes durch die Unerträglichkeit des Zustandes ohne Operation aufgewogen wird. Gegenüber den Methoden der intracraniellen Trigeminusresektion Horsley's und W. Rose's, welche wegen ihrer grossen Gefährlichkeit und den Nebenverletzungen zu verwerfen sind, hat Verf. seine eigene Methode systematisch weiter entwickelt. Nach Bildung eines Hautmuskelperiostknochenlappens in Omega-Form, zu welcher man sich einer mit zahnärztlicher Bohrmaschine in Bewegung zu setzenden Kreissäge bedienen kann (falls man nicht zur Beschleunigung der Operation auf die Erhaltung des Knochens verzichtet und denselben mit Meisel und Hohlmeiselzange in der Ausdehnung des Weichteillappens herausbricht), dringt man zwischen Dura mater und Schädelbasis vorsichtig in die mittlere Schädelgrube vor, wobei man die A. mening. dicht über dem For. spin. doppelt unterbindet und dann durchtrennt. Nachdem das Gehirn mit einem rechtwinkligen, 3 cm breiten Spatel in die Höhe gezogen, wird mit dem Elevatorium erst der 3. und dann der 2. Ast freipräparirt und dann die Dura über das Ganglion so weit zurückgeschoben, dass der Trigeminus-Stamm oben sichtbar wird. Reisst die Dura hierbei ein wenig ein, so ist dieses bei Asepsis völlig bedeutungslos. Das Ganglion wird dann mit der Thiersch'schen Zange gefasst, der 2. und 3. Ast am For. rotund. bezw. ovale mit spitzem Tenotom durchschnitten und das Ganglion sammt dem central (d. h. nach

hinten) von ihm gelegenen Trigeminus-Stamm herausgedreht. Der erste Ast kommt zuweilen mit heraus oder reisst ab; man darf ihn nicht freipräpariren, weil er in der Wand des Sinus cavernosus verläuft. Bei einem derartigen Vorgehen ist gegenüber dem ROSE's, bei dem die Verletzung der Tuba Eustachii möglich wird, völlige Asepsis durchführbar. Von 8 der Operationen Verf.'s endeten 7 mit Heilung, und nur 1 Patient, ein 72jähr. Mann, starb bei Arteriosklerose nach 6tägigem fieberlosen Verlauf an Herzinsufficienz. Einen zweiten Vorzug sieht Verf. in der Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes; auch ohne elektrischen Reflektor arbeitet man nicht im Dunkeln. Von Bedeutung ist die Blutung, doch verwirft Verf. die von FOWLER geübte prophylactische Unterbindung der A. carot. ext. wegen der zahlreichen Anastomosen. Wenn die A. mening. med. nicht in der Furche, sondern in einem Kanal verläuft, kann sie unterbunden werden, wenn man sie durch einige Meisselschläge aus diesem Kanal befreit. Die hauptsächlichste Blutung ist diffus und kommt bei Ablösung der Dura von der Schädelbasis in Frage. Anfangs muss man daher schnell mit dem Zeigefinger (nicht mit dem Raspatorium) vorgehen, erst am Stamm der Arteria mening. med. am For. spinos. angelangt, legt man den Spatel, soweit zum Sehen nötig, unter die Dura und unterbindet in typischer Weise die Arterie mit der gebogenen Oehrsonde. Dann hat man die Operation von Zeit zu Zeit zur Stillung der Blutung durch Ausstopfen der Wunde unterhalb des Spatels zu unterbrechen. Man muss hier das Gehirn einerseits wegen des Gehirndruckes nicht zu weit heben, und wenn, während ein gestielter Tupfer die blutende Stelle berührt, mit dem Gehirn nachgelassen wird, hört die Spannung in den Duralvenen auf und die Blutung steht. Selbst in einem Falle von Mitverletzung des Sinus cavernosus brauchte Vf. nicht mehr, wie er anfangs in seinen beiden ersten Operationen verfahren, zweizeitig vorzugehen. Die Rücksicht auf den Hirndruck muss gleichzeitig die ganze Situation beherrschen, namentlich muss man alles vermeiden, z. B. Stehenlassen von Knochenspangen, was den Einblick auf das Operationsterrain erschwert und zur zu starker Elevation des Gehirns führt. Das Endergebnis beziffert Vf. für 51 nach den verschiedenen Methoden Operirte auf † 5 (9,8 pCt.). Von 7 Ueberlebenden Vf.'s sind zwei 2 resp. $2^1/_2$ Jahre recidivfrei, von 6 Ueberlebenden ROSE's, die dieser von 1890—92 operirte, 5.

P. Güterbock.

M. Bondi, Die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Retina bei perniciöser Anämie. Arch. f. Augenheilk. XXXIII. Erg.-Heft. S. 3.

Bei der perniciösen Anämie finden sich konstant in jedem Falle Blutungen in der Netzhaut, welche sich nicht immer nur auf eine Schicht beschränken, sondern auch auf mehrere Netzhautschichten übergreifen, ja sogar die ganze Dicke der Netzhaut einnehmen können. Am häufigsten sind die Nervenfasernschicht und die äussere reticuläre Schicht betroffen. Die Grösse der Blutungen variirt von kleinsten Anhäufungen von Blutzellen bis zu solchen, welche weit über einen Papillendurchmesser betragen. Die von vielen Autoren beschriebenen hellen Punkte im Centrum der Blutungen sind bedingt zum Teil durch varicöse oder gangliöse Degeneration der Nervenfasern, zum Teil durch anscheinend von den Gefässen ihren Ursprung

nehmende kugelige, aus einer hyalinähnlichen scholligen Masse bestehende Gebilde. Konstant findet man bei der perniciösen Anämie varicöse Hypertrophie und gangliöse Degeneration der marklosen Nervenfasern in der Nervenfaserschicht der Retina. In der Mehrzahl der Fälle sind die Gefässe mittleren und kleineren Kalibers in ihren Wandungen erkrankt.

Horstmann.

D. Kaufmann, Ueber einen Fall von kompleter beiderseitiger Taubheit, aufgetreten drei Tage nach einem Fall auf das Hinterhaupt. Wien. med. Bl. 1897, No. 1—4.

Die Beobachtung betrifft einen 13jähr. Knaben, bei dem unmittelbar nach einem Fall auf das Hinterhaupt ohne Bewusstseinsverlust Schwindel und Kopfschmerzen, erst drei Tage später vollständige Taubheit für alle Schallquellen auf beiden Ohren auftrat. Objektive Veränderungen an den Ohren nicht nachzuweisen. Ueber dem rechten Scheitelbein ein Bluterguss (Hämato-Meningocele) infolge von Infraktion des betreffenden Knochens. Die Schwindelerscheinungen verschwanden nach einigen Tagen und die Hörfähigkeit des linken Ohres besserte sich insoweit, als Pat. Vokale und Worte in $^1/_3$—$^2/_3$ m Entfernung und den Ton einer Pfeife durch die Länge des ganzen Hörsaales richtig hörte. Die auf den Scheitel aufgesetzte Stimmgabel wird auf dem rechten (besseren) Ohr gehört, die Perception durch Luft- und Knochenleitung für hohe und tiefe Töne herabgesetzt. (Genauere Angaben fehlen. Ref.) Den Sitz der Erkrankung glaubt Verf. in beide Labyrinthe verlegen zu sollen, und zwar müsse man entweder eine traumatische Läsion der Labyrinthe, event. eine sog. Commotio labyrinthica oder eine infolge einer Gehirnerschütterung aufgetretene Labyrinthaffektion annehmen. Verfasser glaubt, dass die letzgenannte Läsion die meiste Wahrscheinlichkeit für sich habe. Schwabach.

Rethi, Die nasale Bronchitis. Wien. med. Presse 1897, No. 2.

Es giebt Kranke, bei denen sich meist im Herbst Bronchialkatarrhe einstellen, die mit einem Schnupfen beginnen, nach und nach, mit Ausnahme der Sommerzeit, ständig werden, oft bei Wechsel des Aufenthalts aufhören, dann wieder zurückkehren, mitunter vicariirende Symptome, wie Migräne, Kongestionen, Schwindel etc. zeigen, kurz das Bild eines chronischen Bronchialkatarrhs bieten, ohne dass es zu dauernder Lungenblähung im Allgemeinen kommt. Dass diese Bronchitis und das Nasenleiden in causalem Zusammenhang stehen, beweist der Erfolg der eingeleiteten Nasenbehandlung. Selbstverständlich wird eine solche nur stattfinden, wenn es durch Cocain gelingt, von irgend einer Stelle der Nase aus die Lungenerscheinungen auf kurze Zeit irgendwie zu beeinflussen. W. Lublinski.

Bosc et Blanc, Du passage des microbes à travers les parois de l'intestin hernié. Arch. de méd. expérim. etc. Paris 1896. Tome VIII. S. 735.

Je nach den Läsionen des Gewebes sind die Befunde sehr verschieden. Sind die Läsionen leicht und besteht nur eine leichte Nekrose des unter

liegenden Gewebes, so findet man Bakterien in der Mucosa, der Submucosa und auf dem Peritoneum, man findet sie sehr selten in den erweiterten Gefässen oder den Lymphlacunen der Muscularis. Besteht eine ausgesprochene Nekrose der Mucosa, eine hyaline Degeneration der Muskelfibrillen und Hämorrhagien im Gewebe, so findet man Bakterien in allen Schichten und in den Gefässen.

In Bezug auf die Art des Eindringens in die Gewebe fanden die Vff., dass beim Menschen wie auch bei den Tieren die Epithelschicht der Eingeweide, solange sie intakt, oder nur leicht desquamirt, aber nicht nekrotisirt ist, für die Mikroorganismen eine nicht zu durchbrechende Schranke abgiebt. Sobald eine Nekrose des Epithels und der tieferen Schichten, verbunden mit Degeneration der Muskelfibrillen, besteht, geht das Durchtreten durch die Mucosa und Submucosa leicht vor sich, durch das nekrotisirte Gewebe hindurch; durch die Muscularis treten die Bakterien infolge der Hämorrhagien, welche das Gewebe auseinandergedrängt haben und einen kontinuirlichen Strom bilden, welcher die Mikroorganismen aus der Mucosa ins Peritoneum bringt. Da die Hämorrhagien und Nekrosen für die Passage der Mikroorganismen durch die Darmwand erforderlich sind, so müssen sich die Chirurgen bei eingeklemmten Hernien aller energischen und fortgesetzten Taxisversuche enthalten, da dadurch die Keime in das Peritoneum gelangen und Peritonitis verursachen können.

H. Bischoff.

Schellong, Ueber das Vorkommen und die Verbreitung der Diphtherie in den Tropen. Virchow's Archiv. 1896. Bd. 146. S. 99.

Sch. hat sich der mühevollen Arbeit unterzogen, aus zahlreichen Zeitschriften, aus den Mitteilungen von Tropenärzten und aus der tropenhygienischen Fragebogenforschung von 1890—91 und 1893—94 das Material zusammenzutragen, und kommt zu dem Resultat, dass die Diphtherie in den Tropen eine sehr geringe Verbreitung erfährt, nur hier und da sporadisch vorkommt, ohne dass sich grössere Epidemien entwickeln, und einen sehr milden Verlauf nimmt. Von der Bodenfeuchtigkeit kann die Verbreitung nicht abhängen, da sonst die Krankheit in den tropischen Flachländern häufiger angetroffen werden müsste. Eine ausgesprochene Rassenimmunität gegen Diphtherie scheint nicht zu bestehen, jedoch ist auch in den Tropen der Europäer dieser Krankheit gegenüber weniger widerstandsfähig als der Eingeborene.

H. Bischoff.

Gilbert et Fournier, Le bacille de la psittacose. Compt. rend. de la soc. de biol. 1896, No. 34.

Verff. haben den von Nocard 1892 im Knochenmark eines an Psittacose gestorbenen Papageiweibchens gefundenen Bacillus einmal bei einem Papagei und andererseits im Herzblute einer an Psittacose gestorbenen Frau wiedergefunden. Der Bacillus ist kurz, dick, hat abgerundete Enden, wächst aërob, ist sehr beweglich, entfärbt sich nach der Gram'schen Methode und wächst auf allen Nährsubstraten dem Typhusbacillus sehr ähnlich. Von letzterem ist er jedoch unterschieden einmal durch seine hohe Pathogenität für Tiere, welche er bei subkutaner Injektion und bei

Verfütterung tötet, und dann dadurch, dass die Agglutination beim Versetzen einer Bouillonkultur mit Typhusserum ausbleibt. Im Darm von gesunden Papageien sind Bacillen zu finden, welche sich morphologisch und biologisch ganz gleich verhalten. Es bestehen also zwei Möglichkeiten: entweder ist der Bacillus der Psittacose verschieden von jenem, oder der gewöhnlich unschädliche Bacillus wird unter bestimmten Einflüssen virulent und wird dann infektiös von Papagei auf Papagei und von diesem auf den Menschen. H. Bischoff.

Veiel, Ueber Airol. Wien. klin. Rundschau 1895, No. 42.

Das Airol, eine Verbindung von Wismuth, Gallussäure und Jod, ist ein feines, grasgrünes, leichtes, absolut geruch- und geschmackloses, in Wasser, Weingeist und Glycerin unlösliches Pulver; auf wunden Stellen verschwindet die grüne Farbe und wird unter Abgabe von Jod gelb. Es lässt sich sehr leicht mit einem Pinsel oder Pulverbläser aufstreuen. Bewährt hat es sich vor allem bei Unterschenkelgeschwüren, wo es die Schmerzhaftigkeit linderte, die Ulcera reinigte und die Sekretion verminderte; Reizungen der umgebenden Haut traten in keinem Falle auf, so dass es sich namentlich bei solchen Unterschenkelgeschwüren empfiehlt, die mit Eczem der Umgebung verbunden sind. Im Uebrigen wandte V. das Airol, durchgehends mit Erfolg, in allen denjenigen Fällen an, bei denen die Anwendung des Jodoforms üblich ist; die desinficirende Kraft scheint allerdings bei Jodoform stärker zu sein, doch besitzt es vor demselben eine Reihe von Vorzügen: es ist geruchlos, ungiftig, reizt nicht und vermindert die Sekretion.
K. Kronthal.

C. Hirsch, Zur Casuistik und Therapie der lebensgefährlichen Blutungen. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 38.

Bei profusen Magenblutungen, d. h. bei Arrosion eines grösseren Gefässes leistet die innere Therapie fast gar nichts. Dies gilt ebensowohl von dem Ergotin, wie auch vom Tannin, Plumbum aceticum u. s. w. Als beste Hämostatica gelten immer noch Ruhe und Kälte. Letztere, insbesondere in der Anwendung von Durchspülung des Magens mit Eiswasser (Ewald). Viel rationeller ist jedoch bei sogenannten unstillbaren Blutungen ein operativer Eingriff, bei welchem der Sitz der Blutung aufgesucht und letztere zum Stillstand gebracht wird. In dieser Hinsicht kommen zwei Methoden in Betracht:

1. Die Behandlung des Geschwürsgrundes mit dem Thermokanter (Mikulicz).

2. Die Excision des Geschwürs mit nachfolgender Naht.

Letztere Methode kommt besonders dann in Frage, wenn noch keine Verwachsungen des Magens mit seinen Nachbarorganen bestehen. Zuweilen gelingt es nicht, den Sitz des Geschwürs trotz sorgfältigen Suchens aufzufinden, weshalb H. die Frage aufwirft: „ob es bei derartigen profusen, lebensgefährlichen Blutungen nicht oft besser wäre, während einer Blutung zu operiren, und so gewissermassen nach dem Satze ‚Wo es spritzt, da unterbinde' zu verfahren?" — Wann ist nun ein operativer Eingriff bei profuser Magenblutung angezeigt? Darauf wäre die betreffende Antwort

nach Verf.: Ein operativer Eingriff ist berechtigt bei (trotz strengster Ruhe und Diät) immer und immer recidivirenden Blutungen, die durch ihre Häufigkeit und Stärke eine direkte Lebensgefahr für den Pat. bilden.

C. Rosenthal.

---

1) **M. Loeb,** Ueber das Anfangsstadium des Diabetes mellitus. Centralbl. f. inn. Med. 1896, No. 47.

2) **A. Strümpell,** Zur Aetiologie der alimentären Glykosurie und des Diabetes mellitus. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 46.

1) L. kommt aus einigen Beobachtungen zu dem Schluss, dass bei einer grossen Anzahl von Zuckerkranken lange Zeit — selbst Jahre lang —, bevor der Diabetes durch stärkere Zuckerausscheidung oder durch andere Symptome deutlich in die Erscheinung tritt, vorübergehend kleine Zuckermengen ausgeschieden werden.

2) St. erinnert daran, dass die normale Fähigkeit des Organismus, Zucker zu verbrennen, keine unbegrenzte ist. Wahrscheinlich ist die Grösse dieser Fähigkeit überdies individuellen Schwankungen unterworfen; immerhin kann man gewisse physiologische Grenzwerte feststellen. Durch die Untersuchungen verschiedener Forscher wissen wir, dass bei einer Zufuhr von über 200 g Traubenzucker (früh im nüchternen Zustand gereicht) auch beim gesunden Menschen sehr häufig Glykosurie eintritt; während nun letztere selbst nach Darreichung von über 200 g Zucker zuweilen vermisst wird, sah Verf. sie auch bei manchen, anscheinend völlig gesunden Personen schon nach 150 g erscheinen. Offenbar kommt es beim Auftreten der alimentären Grlykosurie nicht nur auf die absolute Menge des eingeführten Zuckers an, sondern ebenso auf die Raschheit seiner Resorption. Verf. hat nun auf seiner Klinik Untersuchungen über alimentäre Glykosurie von dem Gesichtspunkte aus anstellen lassen, hierdurch einen Maassstab für eine etwa abnorm abgeschwächte Zersetzungskraft des Körpers für Zucker zu gewinnen. Negative Resultate ergaben sich bei Versuchen mit marantischen Individuen (deren hochgradige Körperschwäche aus hohem Alter oder chronischer schwerer Erkrankung resultirte), ferner bei schweren Anämien, bei Lebercirrhose, Icterus catarrhalis, Gicht, progressiver Muskelatrophie, allgemeiner Arteriosklerosis. Bei neurasthenischen Individuen (speziell Unfallkranken) fanden sich mehrfach auffallende positive Ergebnisse. Am eklatantesten waren die letzteren bei habituellen, starken Biertrinkern; bei solchen Personen kommt es offenbar zu einer Abschwächung der zuckerzersetzenden Kraft des Körpers, so dass schon die Zufuhr von 100 g, ja selbst schon von 50 g Traubenzucker zu vorübergehender Glykosurie führt; dieselben Verhältnisse treten in einzelnen Fällen auch nach reichlichem und raschem Biergenuss auf. Diese abnorme alimentäre Glykosurie findet sich jedoch keineswegs bei allen starken Biertrinkern; individuelle Verhältnisse spielen vielmehr hier eine grosse Rolle. Uebrigens sah Verfasser auch häufig wirklichen Diabetes bei Bier-Potatoren auftreten.

Perl.

Labadie-Lagrave et **Régnier,** Traitement de la colique de plomb par le courant galvanique. Progrès méd. 1896, No. 21.

Lagrave und Régnier sahen bei der Behandlung der durch Bleivergiftung entstandenen Kolik und Verstopfung sehr gute Resultate von folgender Behandlung: Sie setzen eine breite Elektrode auf den Unterleib und führen einen mit metallenem Mandrin versehenen Gummischlauch in den Mastdarm ein. Mit dem Mandrin wird der andere Pol der Batterie verbunden: während der ganzen Prozedur lässt man langsam lauwarmes Salzwasser in den Mastdarm einlaufen. Man steigt mit der Stromstärke allmälig bis zu 30—40 M.-A.; nach etwa 10 Minuten geht man mit der Stromstärke langsam bis auf 0 M.-A. zurück, wendet und bringt die Stromstärke wieder auf dieselbe Höhe wie vorher. Eine reichliche Entleerung erfolgt danach entweder sofort, manchmal auch erst nach einigen Stunden. Zur Beseitigung der Kolikschmerzen setzen die genannten Autoren eine lange (+) Elektrode auf die 6 letzten Dorsalwirbel, eine kleinere (—) auf die Magengrube.

Bernhardt.

---

1) **H. Hochhaus,** Ein Fall von Tetanie und Psychose mit tödlichem Ausgang bei einem Kranken mit Syringomyelie. D. Zeitschr. f. Nervenhlk. 1895. VII. (1/2.)

2) **Déjérine** et **Mirallie,** Hémiatrophie de la face avec phénomènes oculo-pupillaires dans un cas de syringomyélie unilatérale. Compt. rend. de la soc. de biol. 1895, No. 9.

3) **C. Müller,** Ein Fall von Morvan'scher Krankheit, bezw. Syringomyelie. Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 13.

4) **Raymond,** Syndrome de Brown-Séquard d'origine probablement syringomyélique. Progrès méd. 1895, 14 sept.

1) Bei einer 30jähr. Frau gesellten sich zu dem typischen Bilde der Tetanie epileptische Krämpfe und eine dauernde Bewusstseinstrübung von wechselnder Intensität. Dann folgten Aufregungszustände, Wahnideen etc. Der Tod trat ziemlich plötzlich ein, ohne dass die Sektion seine Ursache erweisen konnte. Als einziger Befund des Nervensystems fand sich hingegen eine ausgedehnte Syringomyelie. Der Fall wird als Kombination von echter Tetanie mit einer Psychose aufgefasst. Als Zeichen der Tetanie waren neben den typischen tonischen Krampfanfällen die mechanische und elektrische Nervenübererregbarkeit, das Trousseau'sche Phänomen, Polyurie, Durst, Schwitzen, Indicangehalt des Urins vorhanden. Auch die vorhandene Neuritis optica spricht nicht gegen diese Diagnose; dieselbe ist bereits 4mal bei Tetanie beobachtet worden. Die Syringomyelie wird als zufälliger Befund zu deuten sein; vielleicht gab sie das prädisponirende Moment für die Tetanie ab.

2) Bei einem mit Syringomyelie behafteten Kranken fanden sich ausser Atrophie und dissociirter Empfindungslähmung der oberen Extremitäten, und besonders der linken, eine scapulo-humerale Arthropathie, Kyphoscoliose, Steigerung der Patellarreflexe. Ferner traten ähnlich wie in Fällen von Kahler, Hoffmann, Schlesinger oculo-pupilläre Symptome auf (Verengerung der Lidspalte, Myosis), die auf eine Läsion des Centrum cilio-spinale hinwiesen. Bemerkenswerter noch waren die linksseitige

Hemiatrophie des Gesichtes mit Verengerung des Nasenloches, Verlust der Schweisssekretion und Herabsetzung der Temperaturerscheinungen, die auf eine Läsion der cervicalen Teile des Sympathiens von den Verff. zurückgeführt werden, nicht auf eine Läsion der absteigenden Trigeminswurzel. Hemiatrophie des Gesichts ist bei Syringomyelie auch von Chabanne und Schlesinger beschrieben. S. Kalischer.

3) Der nervös belastete Patient hatte vor Jahren ein Trauma an der Wirbelsäule erlitten; er war lange nicht im stande zu gehen. 13 Jahre später bekam er eine Schwellung und blaue Verfärbung der Hände, es trat Bläschen- und Panaritienbildung auf und diese Affektionen, welche zu verschiedenen Malen Amputationen nötig machten, heilten und kehrten öfter wieder. Im späteren Verlauf wurde Romberg'sches Symptom beobachtet. Pat. litt an Kopfweh, Schwindel, Schlaflosigkeit, einmal stürzte er bewusstlos hin, er hatte Störungen bei der Harn- und Stuhlentleerung und wurde, 35 Jahre alt, impotent. Bei der Aufnahme ins Spital wurde noch Westphal'sches Zeichen, Hemihypidrosis, partielle Empfindungslähmung, Romberg'sches Zeichen, aber keine sehr ausgesprochenen Atrophien an den kleinen Handmuskeln nachgewiesen. Die Berührungsempfindlichkeit war am wenigsten (distal mehr als proximal), die Temperatur- und Schmerzempfindlichkeit mehr gestört.

4) Die 45jährige Patientin hatte schon vom 25. Jahre ab an einer Schwäche in den Beinen und im linken Arm zu leiden. Die Krankheit machte dann einen Stillstand von 20 Jahren. Dann führten neu auftretende Beschwerden die Kranke in die Salpêtrière. Dort konstatirte man eine Hemiplegie links von spinalem Charakter (Gesicht verschont) mit Erhöhung der Reflexe, Ameisenlaufen und Atrophie der Armmuskulatur von scapulohumeralem Typus. Rechts bestanden Sensibilitätsstörungen für Schmerz- und Temperatursinn. Endlich war die linke Pupille enger als die rechte, es war links Exophthalmos und Rötung des Ohres vorhanden.

Die Affektion wird als Syringomyelie aufgefasst, lokalisirt wird sie in die Höhe des unteren Hals- und oberen Brustmarks (Pupillen, Amyotrophie von cervicalem Charakter!) mit linksseitigem Sitz an der hinteren Kommissur (Halbseitentypus!). Die Hinterstränge werden als intakt betrachtet. Die Kontrakturen und die Muskelatrophie werden erklärt durch Druck auf das Vorderhorn und die Pyramidenseitenstrangbahn. M. Brasch.

M. Behrend, Ein Fall von Pemphigus acutus mit Horncystenbildung. (Aus der Klinik f. Hautkrankh. zu Bern.) Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVI. S. 343.

Miliumeruptionen nach Ablauf eines Pemphigus sind schon lange beobachtet, aber selten genauer untersucht worden. Verf. sah bei einem jungen Manne während der Rekonvalescenz nach einem Pemphigus acutus an den Hautstellen, welche der Sitz von Blasen gewesen waren, kleine, etwa stecknadelkopfgrosse, weisse, harte Knötchen entstehen, die übrigens später von selbst wieder verschwanden. Bei der mikroskopischen Untersuchung eines excidirten Hautstückes fiel besonders das Vorhandensein zahlreicher Cysten auf, von denen ein Teil von den Haarbälgen ausging und

den Charakter echter Milien hatte. Die grosse Mehrzahl aber erwies sich als in der Cutis gelegene, von den Schweissdrüsen ausgegangene Horncysten, welche den makroskopisch sichtbaren Knötchen entsprachen. Sie enthielten immer nur Hornzellen, nie Fettmassen oder Detritus und ihre Wand bestand aus mehreren Schichten Epithelzellen, die stellenweise reichliche Keratohyalinbildung aufwiesen. Vf. schliesst hieraus, dass die Entstehung dieser Cysten der Hauptsache nach auf Proliferationsvorgänge zurückzuführen ist, die durch Stauung infolge Verlegung des Ausführungsganges bei der Blasenbildung angeregt sein mögen. H. Müller.

P. G. Unna, Ueber das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung. (Vortrag, geh. in der 2. Sitzung des internat. Dermatologen-Kongresses in London.) Wien. med. Presse 1896, No. 35.

U. definirt die Hornzellen als Oberhautzellen, welche makroskopisch ein hartes, trockenes, mehr oder weniger transparentes Gewebe darstellen und in Verdauungssäften sich nicht auflösen, sondern dabei eine unordentliche, aus Keratin bestehende Hüllmembran zurücklassen. Keratin ist Protoplasma mit für die Struktur und Konstitution unwesentlichen Veränderungen. Es ist schwerlich anzunehmen, dass eine tiefgehende Zersetzung im Eiweiss der Bildung von Keratin vorhergeht. Wahrscheinlich üben die auf dem Lymphwege der Oberhautzelle zugeführten Stoffe, wie Schwefel und Phenol, auf das Protoplasma einen gewissen Einfluss und rufen den Prozess der Verhornung hervor. Reichtum an Keratin und die klinischen Erscheinungen der Hauthärte gehen einander nicht immer parallel. Auch die pathologische Verhornung ist eine Randverhornung. Die Differenzen bei den verschiedenen Formen der Keratosen beschränken sich auf die Dicke der Balken und Weite der Maschen des Hornnetzes. H. Müller.

L. Waelsch, Ueber die Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit. (Aus der dermat. Universitätsklinik des Prof. F. J. Pick in Prag.) Prager med. Wochenschr. 1896, No. 30, 31, 32, 34, 36.

Nach seinen Versuchen an 73 Syphilitischen, denen meist intramuskulär jeden zweiten bis vierten Tag eine Lösung teils von 0,45, teils von 0,9 in 20,0 Wasser injicirt wurde, kann Verfasser dem von Dreser hergestellten, neuerdings von Rille bedingungsweise empfohlenen Kaliumquecksilberhyposulfit nicht das Wort reden. Die Einspritzungen hatten ziemlich bedeutende, bisweilen sogar sehr heftige lokale Reizung zur Folge und führten auch oft zu recht unangenehmen allgemeinen Intoxikationserscheinungen.

Eine therapeutische Beeinflussung der Syphilissymptome liess sich zwar nicht verkennen, doch war auch sie nicht eine so hervorragende, dass sie die Nachteile des Mittels, zu denen insbesondere auch seine leichte Zersetzlichkeit gehört, auszugleichen im stande wäre.

H. Müller.

Digitized by Google

1) **A. Donald,** Vaginale Cöliotomie bei Tubenschwangerschaft. Brit. med. journ. 1896, Jan. 11.

2) **H. Thomson,** Vaginale Cöliotomie bei Adnexerkrankungen des Uterus. Petersb. med. Wochenschr. 1895, No. 29.

1) 23jährige Frau, Gymnastin, immer regelmässig ohne Schmerzen menstruirt, 5 Jahre steril verheiratet. Letzte Regel vor 8 Wochen, Metrorhagien seit 14 Tagen. Cervix aufgelockert, Uterus antevertirt, vergrössert, teigig. Vom linken Uternshorn ausgehende spindelförmige, bewegliche Geschwulst, die als die gravide, nicht geplatzte Tube angesprochen wird. Absolute Ruhe wurde angeordnet. 8 Wochen Bettruhe, während der Zeit stets geringe Blutung. Danach geringe Vergrössernng des Tumors, keine sonstige Aenderung. Vaginale Cöliotomie. Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe; linke Tube vorgezogen, durch Incision entleerte sich viel flüssiges Blut und ein solider Körper, der als Tubenmole erkannt wurde. Abtragung der Tube. Vaginofissur mit 2 Silkwormfäden angeschlossen. Naht mit Catgut. Ungestörte Rekonvalescenz. Nach 14 Tagen Entfernung der beiden Silkwormfäden. — D. will die Operation auf frei bewegliche oder nur wenig verwachsene, tiefsitzende Tumoren beschränkt wissen, für die übrigen zieht er die abdominale Cöliotomie vor.

2) Th. entfernte nach Dührssen's Methode eine linksseitige Lactosalpinx serosa (Hydrosalpinx) nebst dem gleichseitigen kleincystisch erkrankten Ovarium. Er erwähnt kurz die Vorzüge der Operation vor der Laparotomie und weist auf ihre grössere technische Schwierigkeit hin.

A. Martin.

Vogel, Zur operativen Behandlung solitärer Beckenabscesse. Wiener med. Wochenschr. 1896, No. 42—44.

Verf. teilt in tabellarischer Form 34 Fälle mit, die in der Landau'schen Klinik durch Punktion und Incision behandelt wurden. Dabei waren 23, d. i. 76,6 pCt., Heilungen zu verzeichnen; in den anderen Fällen bestanden Beschwerden fort oder machten gar andere Operationen erforderlich. Die besten Erfolge ergaben, wie a priori nicht anders zu erwarten war, die einkammerigen Abscesse. A. Martin.

L. Kessler, Ueber Vaginofixationen. Petersburger med. Wochenschr. 1896, No. 36.

Verf. bringt eine kurze Auseinandersetzung über den gegenwärtigen Stand der Frage.

Vf. selbst würde der Operation vor den anderen dasselbe bezweckenden den Vorzug geben und hält es für das Beste, in der oberen Hälfte der vorderen Fläche des Uterus die Fixirung nur seroso-serös und in der unteren seroso-fibrös zu machen.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **3. April.** **No. 14.**

Inhalt: Milroy, Ueber die Eiweissverbindungen der Nucleïnsäure. — Bauer, Ueber das Histidin. — Müller, Stoffwechsel bei progressiver Muskelatrophie. — Berthier, Behandlung der Malaria-Hämoglobinurie. — Koerte, Sarfert, Chirurgische Behandlung des Pankreas. — Denig, Traumatische Veränderung der Netzhaut. — Botey, Ueber die Punktion der Membran des runden Fensters. — Gottstein, Primäre Tuberkulose der Tonsillen. — Treitel, Hirnabseess nach Stirnhöhleneiterung. — Koch und Petruschky, Ueber Erysipel-Impfung beim Menschen. — Schattenfroh, Baktericide Stoffe in den Leukocyten. — Fisch, Eigentümlicher Vergiftungsfall. — Kassowitz, Sorensen, Auerbach, Blumenfeld, Ueber Wirkungen und Nebenwirkungen des Heilserums. — Bachus, Tannigen bei Durchfällen. — Krönig, Albu, Ueber die Indikationen des Aderlasses. — Corning, Anwendung von Fetten nach Nervendurchschneidung. — Gloggner, Cagney, Parsons, Stembo, Vranjican, Fälle von multipler Neuritis. — Heller, Ueber experimentelle Augenblennorrhoe. — Gebert, Familienepidemie von extragenitaler Syphilis. — Cullen, Tuberkulose des Endometriums. — Piering, Fibrom der Vulva. — Smith, Alexander-Operation.

T. Milroy, Ueber die Eiweissverbindungen der Nucleïnsäure und Thyminsäure und ihre Beziehung zu den Nucleïnen und Paranucleïnen. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 307.

Seitdem durch die Untersuchungen von Altmann nachgewiesen ist, dass die Nucleïnsäuren schwerlösliche Verbindungen mit Eiweiss geben, pflegt man die natürlichen Nucleïne als derartige Verbindungen anzusehen, ohne dass hinreichende Beweise für diese Anschauung vorliegen. Vf. hat unter Leitung von Kossel eine Vergleichung der natürlichen Nucleïne mit künstlich dargestellten ausgeführt. Es wurden Verbindungen der Nucleïnsäure mit Syntonin und Deuteroalbumose hergestellt, Eigenschaften, Phosphorgehalt derselben, Verhalten zu Pepsinsalzsäure und Trypsin festgestellt. Ferner wurde das Verhalten des Leuconucleïn aus Thymusdrüse, des Nucleïns aus den roten Blutkörperchen aus Gänse- und Entenblut, das Nucleoproteïd aus dem Pankreas untersucht.

Aus Thyminsäure stellte Verf. die Verbindung derselben mit Syntonin dar und verglich diese Verbindung mit dem aus Ovovitellin nach Bunge's Vorschrift hergestellten Paranucleïn (Hämatogen). Auch hier wurde die Pepsin- und Trypsinwirkung ermittelt. Die Zahlenresultate dieser umfangreichen Untersuchungen sind in einer Tabelle zusammengestellt, auf welche hier nur verwiesen werden kann. Als allgemeines Resultat ergiebt sich, dass die künstlich dargestellten Verbindungen der Nucleïnsäure mit Eiweiss sich den natürlich vorkommenden Nucleïnen im Wesentlichen gleich verhalten. Die Verbindungen der Thyminsäure mit dem Eiweiss sind den Paranucleïnen ähnlich, sie können aber nicht für identisch gehalten werden, weil die aus diesen abgespaltene eiweissfällende Säure in ihren Eigenschaften von der Thyminsäure völlig abweicht. E. Salkowski.

M. Bauer, Ueber die Krystallform des Histidin-Chlorhydrats. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 285.

Vf. hat durch krystallographische Messungen eine weitgehende Uebereinstimmung des von Kossel aus dem Stnrin erhaltenen Histidins mit einem Spaltungsprodukt der Eiweisskörper von gleicher Zusammensetzung festgestellt, welches Hedin beim Kochen derselben mit Salzsäure erhalten hatte. Die Identität dieser beiden Körper ist danach erwiesen.

E. Salkowski.

Joh. Müller, Stoffwechseluntersuchungen bei einem Falle von progressiver Muskelatrophie. Habilitationsschrift. Würzburg 1896.

Bislang fehlen umfassende Untersuchungen des Stoffwechsels bei progressiver Atrophie der Muskeln, obgleich gerade sie besonderes Interesse bieten müssen in Hinsicht auf die Frage, wie der Ausfall so vielen zelligen Materials auf den allgemeinen Chemismus und auf den Wärmehaushalt wirkt, ferner wie sich in den Ausscheidungen, speziell am Harn, der fortschreitende Gewebszerfall äussert. Die Untersuchungen des Verf.'s beziehen sich auf einen an ziemlich schnell verlaufender Atrophie leidenden Manne von 43 kg; sie sind bis kurz vor dem Tode ausgeführt worden. Die Sektion ergab neben der ausgebreiteten Atrophie der Muskeln und motorischen Nerven eine Atrophie der Vorderhornganglienzellen, an vielen Stellen Verbreiterung und Rötung der grauen Substanz, so dass ein Uebergang zur Poliomyelitis anterior vorzuliegen scheint. Mangels eines Respirationsapparates konnte nicht die Gesammtzersetzung geprüft werden, um so eingehender sind die Endprodukte des Stoffwechsels, soweit sie durch den Harn ausgeschieden werden, bestimmt. Ein Rückschluss auf den Gesammtstoffwechsel ist unter Berücksichtigung der Nahrungsmenge und Nahrungszusammensetzung und Beobachtung des Körpergewichtes möglich. Vf. berechnet eine Herabsetzung der Oxydationsprozesse um 11,5 pCt. und erklärt sie aus dem herabgesetzten Tonus der Muskulatur und dem Ueberwiegen des Skelettes am Körpergewicht.

Was speziell die Eiweisszersetzung betrifft, so fand sie sich bei einer zur Erhaltung des Körpergleichgewichts genügenden Nahrung nicht gegen die Norm geändert, sie betrug pro Körperkilo 1,47 g Eiweiss. Durch

eiweissreiche Ueberernährung konnte N im Körper zurückgehalten werden, ob als Muskelfleisch oder nur als cirkulirendes Eiweiss, lässt Verfasser unentschieden. Eine Abweichung von der Norm ergab nur die Mischung der verschiedenen N-haltigen Bestandteile des Harns: das NH_3 war fast auf das Doppelte vermehrt = 1,22 g pro die = 8,56 pCt. des Gesammtstickstoffs. Dass dies mit einer gesteigerten Säurebildung im Zusammenhang stand, bewies die Feststellung des ausgeschiedenen Schwefels: er war absolut und relativ, d. h. in Beziehung zum ausgeschiedenen N vermehrt. Bemerkenswert ist, dass der sog. Neutralschwefel sehr erheblich war, fast $^1/_4$ des Gesammtschwefels. Die relative Steigerung der S-Ausscheidung kann Verf. noch nicht erklären; N : S war im vorliegenden Falle = 10,3 : 1 gegen 16 : 1 in der Norm.

Die Fett- und Kohlehydratzersetzung scheint normal gewesen zu sein, Glykosurie fehlte bis auf die letzten Lebenstage, als die Krankheit auf die Medulla oblongata überging; um diese Zeit konnte auch Aceton nachgewiesen werden, das vorher gleichfalls nicht vorhanden war (Inanitionsacetonurie?). Auffallend ist noch starke Kreatinin- und Kalkausscheidung; letztere bezieht Verf. auf eine Atrophie der Knochen; erstere übertrifft das mit der Nahrung eingeführte so erheblich, dass 150 g Muskelfleisch vom Körper pro die eingeschmolzen sein müssten, wenn man aus der Menge des Kreatinins auf die Menge des zerfallenden Muskelfleisches zurückschliessen dürfte. Da gegen einen solch' hohen Zerfall der ganze Krankheitsverlauf spricht, so kann Verfasser in dem ausgeschiedenen Kreatinin wohl ein Stoffwechselprodukt der Muskeln sehen, ihm jedoch keine quantitative Bedeutung zuschreiben. A. Loewy.

A. Berthier, Pathogénie et traitement de l'hémoglobinurie paludéune. Arch. de méd. expérim. etc. 1896. VIII. p. 628.

Verf. konnte unter 100 von Madagaskar zurückgeschickten Soldaten 2 Fälle von Malaria-Hämoglobinurie beobachten. Der erste Kranke, ein 24jähriger Mann, bekam in Madagaskar schwere Malaria mit galligem Erbrechen; er ist stark anämisch, klagt über dauernden Schmerz im Epigastrium. Die Milz ist stark vergrössert, in geringerem Maasse auch die Leber. Der Urin ist völlig normal. Es treten Fieberanfälle mit quartanem Typus auf, die durch mittlere Chinin-Gaben bekämpft werden. Zwei Monate nach der Aufnahme in das Krankenhaus tritt der erste Anfall von Hämoglobinurie im Anschluss an einen Frost auf, der 2 Tage anhält und im Anschluss an Chloroform-Lavements sein Ende findet. Die Zahl der roten Blutkörperchen beträgt im Anfall nur 678,000 und steigt dann wieder auf 1,954,000. Die Chinin-Behandlung wird fortgesetzt. Nach 6 Tagen erfolgt der zweite Anfall mit Frost und heftigen Schmerzen in den Hypochondrien. In dem wie Malaga-Wein gefärbten Urin nur vereinzelte rote Blutkörperchen, granulirte Cylinder und reichliche fein granulirte Massen, die Reste der Blutkörperchen. Es wird eine Chloroform-Emulsion innerlich gegeben. Die Zahl der roten Blutkörperchen im Blut ist wieder um die Hälfte herabgesetzt. Der Anfall dauert 2 Tage; darauf ist der Urin wieder normal. Im weiteren Verlauf kommt es zu noch 2 Anfällen. Der

zweite Fall hat einen etwas ausgedehnteren Verlauf; die Chloroformtherapie ist hier ohne Erfolg, während Ergotin-Injektionen die Hämoglobinurie günstig zu beeinflussen scheinen.

Neben dem schwarzen Urin war in beiden Fällen der Icterus das auffallendste Symptom, das jedoch nicht immer die Hämoglobinurie begleitet. Die Spectralanalyse des Urins zeigt stets das Spectrum des Oxyhämoglobins und einmal des Methämoglobins. Das Urobilin des Urins stammt offenbar nicht von der Leber, sondern von der Zerstörung der roten Blutkörperchen im Blut während des Malaria-Anfalls. Die braune Farbe des Urins stammt von einer Mischung von Blut- und Gallenpigmenten.

Bakteriologische Untersuchungen des steril aufgefangenen hämoglobinurischen Harns waren stets von negativem Ergebnis. Die Hämoglobinurie geht dem Frost oft voran, zu einer Zeit, wo die Zerstörung der roten Blutkörperchen im Blut erst eine minimale sein kann. Der Icterus ist stets ein hepatogener; im Blutserum ist dabei die Gmelin'sche Reaktion zu erhalten. Im Uebrigen unterscheidet sich das Blutserum während des Anfalls in keiner Weise von dem normalen, eine Thatsache, die mit der Annahme einer Hämoglobinämie nicht zu vereinbaren ist. Die roten Blutkörperchen zeigten trotz der starken Verminderung stets völlig normale Form.

Existirt keine Hämoglobinämie, so muss die Zerstörung der roten Blutkörperchen sich in der Niere vollziehen. Verf. sucht dies durch klinische und pathologisch-anatomische Befunde nachzuweisen. Nimmt man eine starke Blutüberfüllung in den Nierengefässen an, so wird auch der günstige therapeutische Effekt der Ergotin-Injektionen verständlich. Das Chinin dagegen ist bei diesen Formen der Malaria nur in kleinen Dosen zu verwenden; in grösseren Dosen führt es offenbar selbst zu Anfällen von Hämoglobinurie. Die letztere ist nur eine verdeckte Hämaturie, da die roten Blutkörperchen beim Uebertritt in die Harnkanälchen sofort zerstört werden.

Vf. kommt zu folgenden Schlusssätzen: 1. Die Malaria-Hämoglobinurie hat ihren Ursprung in einer renalen Apoplexie, die durch eine Gefässerweiterung bedingt ist. 2. Während des hämoglobinurischen Anfalls zeigt das Blutserum keine rote Lackfarbe. 3. Das Hämoglobin des Urins ist nicht dialysirbar; es befindet sich nicht in gelöstem Zustand. 4. Die Zerstörung der Blutkörperchen findet im Nierenparenchym statt. 5. Der Icterus des hämoglobinurischen Fiebers ist ein hepatogener. 6. Die wirksamste Medikation bei der Malaria-Hämoglobinurie ist die hämostatische, die Ergotin-Injektion. M. Rothmann.

---

1) **W. Koerte,** Zur chirurgischen Behandlung der Pankreas-Eiterung und Pankreas-Nekrose. Arch. f. klin. Chir. XLVIII. S. 721.

2) **Sarfert,** Die Apoplexie des Pankreas. (Aus dem städt. Krankenhause Moabit in Berlin, chir. Abteil. des Prof. Dr. Sonnenburg.) Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLII. S. 124.

1) Monographische Darstellung mit 5 eigenen Beobachtungen und eingehender Benutzung der zum Schluss der Arbeit unter 36 Nummern zusammengestellten Litteratur. Neben den Pankreascysten haben hauptsäch-

lich die zu Eiterung bezw. Nekrose führenden Entzündungsformen des Pankreas chirurgisches Interesse. Akute Hämorrhagien führen meist so schnell zum Tode, dass ihre Stillung mit chirurgischen Mitteln nicht erreichbar ist. Blutungen kommen chirurgisch nur insofern in Betracht, als sie sekundär zu Sequestrirungen führen können oder ein Erguss sich in die Bursa omentalis senkt und dort abkapselt. Die Aetiologie der Eiterungen und Nekrosen des Pankreas ist im Uebrigen sehr wenig sicher. Abgesehen von den Beziehungen einzelner Fälle zum Magengeschwür und zur Cholelithiasis, ist das Duodenum als Ausgang der Infektionskeime anzusehen. Ob für den Ausgang in Nekrose lediglich eitrige oder hämorrhagische Nekrose und nicht auch die anscheinend nicht seltene Fettgewebsnekrose in Anspruch zu nehmen ist, muss weiterer Untersuchung vorbehalten bleiben. Vf. fand unter seinen Fällen 1mal den grössten Teil, 2mal kleinere Teile des Organs nekrotisch und 1mal kam es nicht zur Eiterung; es scheinen demnach Uebergänge zwischen eitriger und nekrotisirender Entzündung vorzukommen. Unter den 5 Fällen Verf.'s waren 3 Frauen und 2 Männer, und 21 Fällen eitriger Pankreatitis von Fitz entsprechen 17 männliche und 4 weibliche Patienten, während von 15 Fällen gangränescirender Pankreatitis desselben Autors 7 auf Männer und 8 auf Frauen kommen. Meist trat die Erkrankung plötzlich auf, nachdem früher Magen- und Gallensteinbeschwerden bestanden. Die Symptome: heftiger Schmerz, Erbrechen und Verstopfung (seltener Durchfall) führen mehrfach zur irrigen Diagnose innerer Einklemmung. In einzelnen Fällen folgt der ersten Attacke eine Remission, in anderen der Tod durch Collaps oder aber die Erkrankung geht in ein subakutes Stadium über. Charakteristisch ist von objektiven Symptomen eine tumorähnliche Resistenz im Epigastrium, doch wechselt die Stelle, an der die Anschwellung gefühlt wird, etwas, je nach dem Ausgangspunkt der Eiterung. Eiterherde in Kopf und Mittelstück führen zu Anschwellungen in der Mittellinie, bezw. rechts und links von dieser, solche im Schwanz bedingen Geschwulst in der linken Oberbauchgegend. Prädilektionsstelle für den Durchbruch der Eiterung ist die Bursa omentalis; es bildet sich eine grosse Eiterhöhle, in der sich Teile oder das Ganze des Organs nekrotisch finden können. Die weiteren intraperitonealen Verbreitungen des Eiters scheinen typisch zu sein. Verf. sah bei farbiger Injektion in das Bindegewebe der Drüse, abgesehen von deren Verbreitung unter das Bauchfell vor der Drüse und in die eingerissene Bursa omentalis, Erguss der Injektionsflüssigkeit nach links im subperitonealen Gewebe an der linken unteren Nierenkapsel vorbei zum Colon descendens und Becken, und liefern diese Versuche die Erklärung von der Senkung der sich selbst überlassenen Abscesse nach der Lumbalgegend und weiter nach unten. Der Inhalt dieser Pankreas-Eiterungen ist durch die Beimischungen von Fettkrystallen oder Fettklümpchen sehr eigentümlich. Vf. fand 1mal keine Eiterkörperchen, ein anderes Mal fettig zerfallene. Oefters sind Thrombosen benachbarter Venen gesehen worden, zuweilen graubraune Hautfarbe oder Icterus. Die Diagnose muss auf Feststellung eines Entzündungs- oder Eiterherdes in der Bursa omentalis ausgehen und dessen Entstehung aus anderer Ursache ausschliessen können. Von Wichtigkeit ist der Nachweis einer von der linken

Seite nach dem Becken sich erstreckenden teigigen Schwellung. Prognostisch ist ferner erheblich die Erkennung der Kombination mit Fettgewebsnekrose, die vorläufig nur selten gelingen dürfte. Ueberhaupt bleibt es der Zukunft vorbehalten, hier — wie es Verf. bereits in einem seiner Fälle gethan hat — von vorneherein die richtige Diagnose zu stellen. Die chirurgische Behandlung hat sich dann danach zu richten, ob der Abscess als intra- oder subperitoneal erkannt ist.

2) Im Anschluss an 3 einschlägige Beobachtungen, in deren einem die Laparotomie gemacht worden war, während die beiden anderen nur Leichenbefunde darstellen, erörtert Vf. die Frage nach der eigentlichen Todesursache bei der sog. Apoplexie des Pankreas. Bei dieser steht die Blutung im Missverhältnis zu den übrigen Symptomen insofern, als es sich meistens weniger um Läsion grosser Gefässe, als um eine blutige Imprägnirung des Pankreasgewebes handelt. Unter Zurückweisung der Erklärung durch Shock zieht Vf. aus verschiedenen Befunden den Schluss, dass ein Austritt von Pankreassaft in die Bauchhöhle erfolgt und daselbst eine direkt ätzende Wirkung auf die Banchhöhle ausübt. Thatsächlich ergab die bakteriologische Untersuchung des blutig-tingirten Transsudates in der Banchhöhle eines äusserst akut verlaufenden Falles die Existenz eines in feinen, vielgliedrigen Ketten angeordneten Coccus, in einem anderen Falle Bacterium coli commune, und hält Verf. die Erkrankung des Pankreas für das Primäre, die des Darmes, bezw. die Peritonitis für das Sekundäre. Bei der Fettnekrose des Netzes handelt es sich dann nicht um fettfreien Kalk, sondern um eine fettsaure Natriumverbindung. Therapeutisch sind die akut verlaufenden Fälle nicht zugänglich, nur die mehr chronischen zur umschriebenen Nekrose und Eiterung des Pankreas führenden. Eine diffuse eitrige Peritonitis durch Operation zu beheben oder das in eine blutig-fleischige, brüchige und leicht zerreissliche Masse verwandelte Pankreas zu exstirpiren, ist dagegen aussichtslos. P. Güterbock.

R. Denig, Ist die Weissfärbung der Netzhaut infolge stumpfer Gewalt in der That als ein akutes Oedem infolge Bluterguss zwischen Aderhaut und Lederhaut im Sinne Berlin's aufzufassen? Arch. f. Augenheilkde. XXXIV. S. 52.

Nach den Versuchen von D. beruht die Weissfärbung der Netzhaut infolge stumpfer Gewalt nicht auf Blutungen; dieselben sind vielmehr zufällige Nebenbefunde und haben mit den Trübungen nichts zu thun. Letztere werden veranlasst durch zahlreiche perlschnurartig aneinandergereihte kleine, stark lichtreflektirende Buckel, welche in der Nervenfaserschicht liegen. Dieselben finden sich auch dann, wenn es überhaupt nicht zum Auftreten der Trübungen gekommen ist. Verf. ist der Ansicht, dass die Buckel zu stande kommen dadurch, dass durch den Schlag Flüssigkeit aus dem Glaskörper in die Nervenfaserschicht hineingepresst wird. Gleichzeitig folgt eine vorübergehende Paralyse der Netzhaut- und Aderhautgefässe, wodurch es besonders von letzteren aus zu einem geringen Transsudat kommt.

Bei der sogenannten Commotio retinae kann somit eine Weissfärbung der Netzhaut vorhanden sein oder auch fehlen, je nachdem es sich um

eine stärkere oder schwächere Gewalt handelt. Die centrale Sehschärfe kann herabgesetzt wie normal sein, doch lässt sich meistens ein Gesichtsfelddefekt nachweisen. Horstmann.

Botey, Traitement des vertiges, des bourdonnements et de quelqnes affections dn labyrinthe par la ponction de la fenêtre ronde suivie d'aspiration. Annal. des mal. de l'or. 1896, No. 12. S. 511.

B. hält auf Grund von Tierversuchen und gestützt auf einige Beobachtungen am Menschen die Punktion der Membran des runden Fensters und die Aspiration einiger Tropfen von Perilymphe, unter aseptischen Cautelen ausgeführt, für eine gefahrlose Operation, die bei Schwindelerscheinungen und snbjektiven Geräuschen, soweit sie durch frische Labyrinthaffektionen bedingt seien, eine günstige Wirkung hätten. Eine Besserung der Hörfähigkeit wurde durch die Operation nicht erreicht. Schwabach.

Gottstein, Pharynx- nnd Gaumentonsille, primäre Eingangspforten der Tnberkulose. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 31/32.

Mitteilung von sechs Fällen primärer Tuberkulose der Rachen- und Gaumentonsille, von denen nach des Ref. Meinung einer mindestens zweifelhaft ist. Es fanden sich in allen Fällen nicht nur Riesenzellen, sondern deutlich Tuberkelbildung; dagegen war Verkäsung ebensowenig vorhanden wie Bacillen. Auch ist bemerkenswert, dass sich der tuberkulöse Herd nur auf ganz kleine Bezirke beschränkte, während die Tonsille hyperplastisch war. Klinisch ist die Diagnose auf Tuberkulose nicht zu stellen; es ist deshalb notwendig, in jedem Fall von hyperplastischen Tonsillen die Exstirpation vorzunehmen, um der Möglichkeit einer Infektion des Organismus vorznbeugen. W. Lublinski.

Treitel, Ueber Hirnabscesse nach Stirnhöhleneiterung. D. med. Wochenschrift 1896, No. 47.

In der Litteratur befanden sich 21 Fälle von Hirnerkrankungen nach Stirnhöhleneiterungen, darunter 9 intracerebrale und 4 subdurale. Diesen zum Teil nur klinisch beobachteten reiht Verf. einen durch mehrere Jahre beobachteten und zur Sektion gekommenen Fall von Stirnhöhleneiterung an, der zu einem Absess im linken Stirnlappen nnd dann zu eitriger Basilarmeningitis geführt hatte. W. Lublinski.

Koch und **Petruschky,** Beobachtungen über Erysipel-Impfungen am Menschen. Zeitschr. f. Hyg. XXIII. (3.) S. 477.

Verff. haben die Frage, ob den Erysipelimpfungen an Carcinomkranken ein erheblicher therapeutischer Wert beizumessen ist, einer Prüfung unterzogen. Im Verlaufe der Untersuchungen konnten gleichzeitig verschiedene andere theoretisch und praktisch bedeutsame Fragen entschieden werden. Sie fanden:

1. Die durch Kaninchenpassage zu maximaler Virulenz für diese Tiere angezüchteten Streptococcen sind gegenüber dem Menschen selbst in grossen

Dosen unwirksam. Wiederholt wurden Carcinomkranken bis zu 5 ccm Bouillonkultur von Streptococcen subkutan injicirt, ohne ersichtliche Wirkung, während ein Milliontel ccm derselben Kultur genügte, um ein Kaninchen durch akute Sepsis zu töten.

2. Streptococcen, welche aus dem Erysipel von Menschen stammen, sind nicht immer geeignet, bei anderen Menschen wieder Erysipel zu erzeugen.

3. Ein Streptococcus pyogenes existirt nicht, denn auch Streptococcen, welche von reinen Eiterungsprozessen stammen, können Erysipel hervorrufen.

4. Verschiedene Menschen verhalten sich demselben Streptococcus gegenüber vollkommen verschieden, es muss daher stets erst durch den Versuch festgestellt werden, welcher Streptococcus in einem bestimmten Falle geeignet ist, Erysipel hervorzurufen.

5. Eine aktive Immunität gegen Streptococcen wird durch mehrfaches Ueberstehen leichter Erysipele nicht erworben. Es konnte sogar bei einer Patientin, welche innerhalb 2 Wochen 11mal an Impferysipel erkrankte, konstatirt werden, dass das Mattigkeitsgefühl bei den letzten Erysipelen eher grösser war, als nach den ersten.

6. Eine passive Immunität durch Vorbehandlung mit den bisher bekannten Anti-Streptococcenserumpräparaten zu übertragen, ist nicht möglich gewesen.

7. Ein therapeutischer Einfluss mehrfacher Streptococcen-Infektionen auf den Verlauf des Carcinoms ist nicht zu leugnen. Die Erkrankung machte während der Wochen, in denen die Impfungen ausgeführt wurden, keine sichtbaren Fortschritte, es konnte sogar festgestellt werden, dass die Knoten flacher und etwas weicher wurden. Allein der Heilerfolg durch das Erysipel ist im Verhältnis zu dem eintretenden Rückgang der Körperkräfte infolge der Infektionen zu gering, um eine völlige Heilung eines Carcinoms durch Erysipelimpfungen erhoffen zu lassen. H. Bischoff.

Schattenfroh, Ueber das Vorhandensein von baktericiden Stoffen in den Leukocyten und deren Extraktion. Münchner med. Wochenschr. 1897, No. 1.

Aus den Arbeiten von Buchner, Kossel und Hahn wissen wir, dass Flüssigkeiten, welche stark leukocytenhaltig sind, stärker baktericid auf Staphylococcus pyog. aureus, Bac. typh. abdomin. und andere Mikroorganismen wirken, als das Blut der betreffenden Tiere, von welchen durch Einführung chemotaktisch wirkender Stoffe diese Leukocytenflüssigkeiten stammen. Der strikte Beweis, dass die Leukocyten wirklich die Quelle der baktericiden Stoffe sind, ist Sch. gelungen: er konnte die baktericiden Stoffe aus den weissen Blutkörperchen extrahiren. Er stützte sich dabei auf die Thatsache, dass Exsudate, in denen die weissen Blutkörperchen durch Gefrieren abgetötet sind, stärker auf Staphylococcus pyog. aureus wirken, als die durch Centrifugiren von den Zellen befreiten Exsudate, was sich nur dadurch erklären liess, dass beim Einfrieren und Wiederaufthauen Stoffe aus den zerstörten Leukocyten in Lösung gehen, die dann

die stärkere baktericide Wirkung bedingen. — Sch. verschaffte sich an Leukocyten reiche Flüssigkeiten dadurch, dass er Meerschweinchen 5 ccm Aleuronatbrei in die Bauchhöhle injicirte. Nach 15—18 Stunden wurden je nach der Grösse der Tiere, 5—10 ccm physiologische Kochsalzlösung nachinjicirt und die Tiere unmittelbar darauf durch Anfschneiden der Halsgefässe getötet. Der Inhalt der Banchhöhle, eine gelbliche, trübe Flüssigkeit, wurde mit sterilen Pipetten aufgesaugt, was infolge der Verdünnung mit Kochsalzlösnng möglich war. Die Flüssigkeit wurde in zwei Röhrcben 10—15 Minuten centrifugirt, wodurch sich die Zellen zu Boden senken. Sch. teilte darauf die Flüssigkeit des einen Röhrchens so, dass die eine Probe lediglich aus klarer Flüssigkeit bestand, während die andere ausserdem die Leukocyten enthielt. Er liess dann beide Proben, welche anfangs die gleiche gelöste Alexinmenge enthalten, 4—5mal gefrieren und thaute sie bei 37° C. wieder auf, dann zeigte die Probe, welche die Lenkocyten enthielt, sich wirksamer als die andere. Noch anf eine andere Weise brachte er den Beweis, dass die baktericiden Stoffe von den Leukocyten stammen, er inaktivirte zunächst die Flüssigkeit durch halbstündiges Erwärmen auf 55—60° und liess sie dann gefrieren und wieder aufthauen. Da es dadnrch gelingt, das inaktive Exsudat wieder baktericid zu machen, so schloss er, dass dabei die wirksamen Stoffe aus den zerstörten Leukocyten stammen. H. Bischoff.

R. Fisch, Ueber einen eigentümlichen Vergiftungsfall. Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte 1896, No. 7.

Der Fall, der sich an der Goldküste (Westafrika) zutrug, betraf zwei Neger, die gegen Gonorrhoe die Abkochung einer dort viel benutzten Pflanze, Loranthus, gebraucht hatten. Die Loranthus, eine an sich ungiftige Pflanze, ist ein auf allen möglichen Bäumen und Sträuchern vorkommender Schmarotzer. Unglücklicherweise sass die zu der Abkochung benutzte Loranthus auf dem Zweige einer Datura grandiflora und hatte so, ohne dass Datnra selbst benutzt worden war, eine Daturinvergiftung hervorgerufen; dieselbe verlief nnter dem auch bei uns bekannten Bilde. Der eine der Pat. erholte sich sehr bald, während der ältere noch an demselben Tage starb. K. Kronthal.

---

1) **M. Kassowitz,** Wirkt das Diphtherieheilserum beim Menschen immunisirend? Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 21.

2) **Soerensen,** Versuche mit Serumtherapie bei Diphtberie im Biegdam-Spitale in Kopenhagen. Therap. Monatsh. 1896. S. 119.

3) **S. Auerbach,** Ueber einen bemerkenswerten Fall von Diphtherie, welcher mit hochwertigem Heilserum (Höchst) behandelt wurde. Cbl. f. inn. Med. 1896, No. 18.

4) **Blumenfeld,** Beitrag zur Beurteilung des Wertes der Blutserumtherapie gegen Diphtheritis. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 13.

1) K. bestreitet, dass das Heilserum irgendwelche Fähigkeit besitze, beim Menschen Unempfänglichkeit gegen Diphtherie herbeizuführen. Für diese Behauptung führt er folgende Beweise an: 1. Nach grösseren oder kleineren Immunisirungsdosen sind die Erkrankungen an Diphtherie gerade

Digitized by Google

so häufig, wie ohne dieselben. Von 866 zum Zwecke der Immunisirung injicirten Individuen erkrankten 65, das heisst eins von dreizehn, im Laufe der nächsten Tage oder Wochen an Diphtherie. Bei den Nichtimmunisirten ist die Erkrankungsziffer sicher nicht grösser. 2. Individuen, welche Diphtherie, selbst schwere, überstanden haben, erkranken nicht so selten nach kürzerer oder längerer Zeit wiederum an schwerer, bisweilen tödlicher Diphtherie. Auch bei solchen Diphtheriekranken, die grosse Dosen von Heilserum injicirt erhalten haben, sind schwere Recidive kurz nach der ersten Erkrankung nicht gerade selten vorgekommen. Wenn sonach weder das Ueberstehen einer schweren Diphtherie, noch die Applikation einer grossen Menge von Immunisirungseinheiten zum Zwecke der Heilung den Menschen gegen die diphtherische Infektion unempfänglich machen, so ist diese Wirkung von den kleinen Immunisirungsdosen sicher nicht zu erwarten. Ebensowenig wie die „Immunisirten" gegen die Diphtherie geschützt sind, ist der Verlauf der Krankheit bei ihnen — wenn sie befallen werden — irgendwie milder gestaltet, als bei Nichtimmunisirten.

2) Gegenüber den vielen der Serumtherapie günstig lautenden Berichten hat S. nur Misserfolge mit der Serumbehandlung erzielt. Er hat in der Zeit vom 16. Oktober 1894 bis 1. Mai 1895 385 Diphtheriekranke behandelt, darunter 63 Kinder mit Heilserum. Weder der Verlauf, noch die Dauer der Krankheit stellte sich bei den mit Serum Behandelten günstiger, als in den Fällen, wo kein Serum zur Verwendung kam; eher traten bei den Erstgenannten einzelne ungünstige Komplikationen (hämorrhagische Diathese, schwere Nierenaffektion) mehr hervor. Die mit Serum behandelten schweren Fälle zeigten nicht nur dieselbe Mortalität, sondern auch denselben Verlauf und dieselbe Dauer, wie die ohne Serum behandelten. Auch bei diesen wurde als unangenehme Folge der Serumbehandlung stärkere hämorrhagische Diathese und in einigen Fällen von lebhaftem Fieber begleitete Exantheme beobachtet. Die Zahl der mit Serum behandelten Croup-Kinder betrug 18. Bei den leichten Fällen war das Serum nicht im stande, in deutlicher Weise die Zunahme der laryngitischen Phänomene zu verhindern. Die mit schwerer Diphtherie complicirten Croupfälle verliefen unter der Serumbehandlung absolut schlecht — sie starben alle. Das im Ganzen gute Resultat in den leichteren, mit Serum behandelten Fällen erklärt sich nach Verf.'s Meinung zwanglos aus der Gutartigkeit der vorliegenden Epidemie.

3) Bei einer 22jährigen Patientin wurde am zweiten Tage einer mittelschweren Rachendiphtherie eine Einspritzung mit hochwertigem Heilserum (Höchst, 2 ccm à 500 Einheiten) gemacht. Auf den Verlauf der Diphtherie blieb die Injektion ohne erkennbaren Einfluss; dagegen trat am 4. Tage post injectionem unter Temperatursteigerung auf 39,3 ein typisches Erythema exsudativum an beiden Unterschenkeln mit Schmerzen in beiden Sprunggelenken ein. Das Erythema und mit ihm Schmerz und Schwellung der Gelenke verbreitete sich allmählich über alle 4 Extremitäten. Als am Ende der dritten Woche Patientin genesen schien, traten ganz plötzlich periostitische Schwellungen an beiden vorderen Tibiaflächen auf. Erst nach weiteren 8 Tagen konnte Pat. — bis auf einen geringen Eiweissgehalt des Harns — geheilt entlassen werden. — Das frühe Auftreten eines Erythema

exsudativum am dritten Tage post injectionem, seine lange Dauer und die periostitischen Schwellungen sind bisher in dieser Form als Nachwirkungen des Serums noch nicht beschrieben.

4) B. berichtet über 229 mit Serum behandelte Diphtheriekranke, die ausnahmslos der Privatpraxis der im politischen Bezirke Bruck a. d. Leitha prakticirenden Aerzte angehören; zumeist handelt es sich um Kinder armer, wenig intelligenter Bauern und Arbeiter. Ein Drittel der Fälle bezeichnet Verf. als leichte, 60 gehörten den allerschwersten Formen an. Von diesen 229 Fällen, zu denen auch viele Kinder der ersten Lebensjahre gehören, sind 20 gestorben, d. h. 8,7 pCt. Von 48 in demselben Bezirke wohnenden nicht mit Serum behandelten Diphtheritiskranken sind dagegen 11, d. h. 23 pCt. gestorben. — Von 45 immunisirten Kindern wurde keins in der nächsten Zeit nach der Immunisirung, ein 11jähriges Mädchen $3^1/_2$ Monate später von Diphtherie befallen. Stadthagen.

G. Bachus, Ueber den Gebrauch des Tannigens gegen Durchfälle. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 11.

Das Tannigen (Diätyltannin) hat die Eigenschaft, den Magen und den oberen Teil des Dünndarmes unzersetzt zu passiren und erst bei alkalischer Reaktion, also in den tieferen Darmabschnitten, die Gerbsäure freizugeben. Deshalb eignet sich dieses Mittel schon vom theoretischen Standpunkt aus zur Verwendung gegen Durchfälle. Den Magen beeinflusst es in keiner Weise. Erwachsene Personen erhielten und vertrugen 3mal täglich eine gute Messerspitze voll Tannigen, Kinder nahmen 3mal täglich 0,25 g des Mittels, ohne je eine Störung von Seiten des Magens zu zeigen. Da das Mittel geruch- und beinahe auch geschmacklos ist, so wird es ohne Widerstand genommen. Es wurden 70 Kranke, darunter 47 Kinder, in der genannten Weise behandelt. Die Erwachsenen litten an einfachen Formen der Enteritis; sie erhielten neben dem Tannigen eine vorwiegend schleimige Diät. In der grössten Mehrzahl aller Fälle war der Erfolg ein ausgezeichnet guter und man kann das Tannigen vollkommen dem Opium an die Seite stellen. Nur in 2 Fällen Erwachsener mit Phthisis des Darmkanals, sowie bei 2 grösseren Kindern mit demselben Leiden liess das Mittel im Stiche, während Opium auch bei diesen Kranken prompt wirkte. Deshalb sollte jedoch das Mittel bei den genannten Zuständen nicht unbenutzt bleiben, da die wenigen Fälle nicht ausreichend erscheinen, um ein sicheres Urteil über die Brauchbarkeit oder Nutzlosigkeit des Tannigens in solchen Krankheitszuständen zu fällen.

Unter 41 Kindern, die das 2. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und an Brechdurchfall mittleren Grades litten, genasen unter der Anwendung des Tannigens und entsprechender Diät, sowie in schwereren Fällen des Calomels (0,008—0,01 3mal am Tage) 35 nach 2—3tägiger Behandlung, 2 schieden ungebessert aus der Behandlung, 4 endlich starben. Das Tannigen gilt also auch als ein heilsames Mittel beim Brechdurchfall der Kinder. C. Rosenthal.

Digitized by Google

1) **Krönig,** Ueber Venaesektionen. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 42 und 43.

2) **A. Albu,** Ueber die Indikationen des Aderlasses. Ebenda. No. 43.

1) K. erhebt seine Stimme zu Gunsten des in neuerer Zeit über Gebühr vernachlässigten Aderlasses. Zu den Indikationen desselben gehören in erster Reihe mechanische Verhältnisse, nämlich Ueberlastungen des rechten Ventrikels, speziell bei Pneumonie, wenn eine erhebliche Cyanose auf die eben erwähnte Ueberlastung hinweist; hier wirkt die — eventuell zu wiederholende — Venaesektion (in Verbindung mit Darreichung von Analepticis) geradezu lebensrettend. Als Termin dieses Eingriffes wählt man am besten eine der zu erwartenden Krise möglichst nahegerückte Zeit, weil nämlich mit jeder Blutentziehung ein Ausfall von Sauerstoff stattfindet, der dem linken Herzen eine entsprechende Mehrarbeit auferlegt; diese Mehrarbeit kann vom Herzen anstandslos nur dann geleistet werden, wenn die Entfieberung nicht mehr lange auf sich warten lässt. Dieses Moment darf aber nicht allein ausschlaggebend sein: droht Gefahr von Ermattung des rechten Herzens (trotz Anwendung von Excitantien), so muss man event. selbst im Beginn der Krankheit venaeseciren. Ein zweites Gebiet, auf dem dies mechanische Moment der Ueberlastung des kleinen Kreislaufes Berücksichtigung erheischt, ist das der fieberlosen Erkrankungen des Cirkulations- und Respirationsapparates (Affektion der Herzklappen) der Myo- und Pericards, ferner Kreislaufshindernisse durch Untergang von Lungencapillaren, durch Kompression der abführenden Venen, durch ausgedehnte Pleuraverwachsungen u. dergl. m.); der Aderlass ist hier indicirt einerseits bei Zuständen plötzlicher Ermattung des bis dahin relativ gut funktionirenden Herzens, andererseits bei Ueberdehnung der Wandungen des rechten Herzens, bei welchen unter Umständen erst nach künstlicher Herabsetzung des Venendruckes die Herztonica (Digitalis, Coffeïn etc.) ihre Wirkung entfalten können. Hieran schliesst sich noch eine Indikation für den Aderlass: bei drohenden oder schon erfolgten Blutergüssen in das Gehirn, falls die Herzaktion energisch, der Puls voll und kräftig ist. Indicirt ist ferner der Aderlass bei gewissen Vergiftungen (so mit Kohlenoxydgas, mit Schwefelwasserstoff etc.), namentlich aber bei der Urämie in Verbindung mit intravenöser oder subkutaner Infusion von physiologischer Kochsalzlösung. Ueber die Aderlassbehandlung der Chlorose hält K. mit einem definitiven Urteil noch zurück.

2) Auch A. empfiehlt für eine Reihe von Krankheiten die Anwendung des Aderlasses, der nach seinen Untersuchungen eine Herabsetzung sowohl des Druckes als des spez. Gewichtes des Blutes im Gefolge hat. Die von KRÖNIG angeführten Indikationen vermehrt er noch durch Aufzählung einiger Krankheiten, so der Epilepsie, der Bronchitis capillaris diffusa (nach Influenza), unter Umständen auch des Pneumothorax. Für die Pneumonie empfiehlt er — abweichend von KRÖNIG —, mit dem Aderlass nicht so lange zu warten, bis die Macht der Analeptica erschöpft ist, sondern ihn bei schweren Fällen jugendlicher Individuen von kräftiger Konstitution schon dann anzuwenden, wenn die Krankheit noch auf der Höhe ist, aber die Erscheinungen der Herzschwäche ein bevorstehendes Lungenödem befürchten lassen.

Perl.

J. L. Corning, The use of congealed oils to prevent the reunion of nerves after their subcutaneous division. A contribution to the radical treatment of certain forms of neuralgia. New York Med. Record 1896, 5. December.

Von demselben Autor, welcher im Jahre 1894 ein ganz eigentümliches Mittel zur Heilung bestimmter Krämpfe, besonders im Gebiet der Nackenmuskeln, vorgeschlagen hatte (die Elaeomyenchysis von J. L. Corning), ist neuerdings folgendes Verfahren empfohlen worden, um einfach durchtrennte Nerven an ihrer Wiedervereinigung zu hindern. Er injicirt ein bei Bluttemperatur nicht schmelzendes Oel (Gemisch von Cacaobutter mit Paraffin) unter die Haut an die Stelle des später zu durchschneidenden Nerven. Diese ölige Zone soll den Nerven in der Längs- und Querrichtung umgehen und einhüllen. Unmittelbar nach der Injektion wird das Gemisch durch Eis oder Rhigolenspray zum Erstarren gebracht. Mit einem eigentümlichen, im Original genauer beschriebenen Messerchen, das auf die Spritze aufgeschraubt werden kann und dessen Basis zugleich die Ausflussöffnung der Kanüle birgt, wird der Nerv subkutan durchschnitten, die durchschnittenen Enden durch die Breitseiten des Messerchens voneinander entfernt, sodann dieselbe Oelmasse in den so geschaffenen Zwischenraum injicirt. Wie vorhin wird sofort Kälte applicirt. Die durchschnittenen Nervenenden werden durch die zwischen ihnen liegende erstarrte Masse an ihrer Wiedervereinigung wirksam verhindert, wie Verf. durch 2 Krankengeschichten dies illustrirt. — Freilich hat er diese Methode bisher nur für die Behandlung von Occipitalneuralgien, hier aber mit sehr gutem Erfolg in Anwendung gezogen. Bernhardt.

---

1) **M. Glogner,** Ein weiterer Beitrag zur Aetiologie der multiplen Neuritis in den Tropen. Virch. Arch. Bd. 141. (3.)

2) **J. Cagney,** On the recognition of peripheral neuritis and some points in its treatment. Lancet 1895, 17. August.

3) **A. R. Parsons,** Arsenical multiple neuritis following the application of a cancer cure. Dublin journ. of med. sc. 1895, Sept.

4) **L. Stembo,** Ein Fall von Schwangerschaftspolyneuritis nach unstillbarem Erbrechen. Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 29.

5) **P. Vranjican,** Ein unter dem Bilde der Landry'schen Paralyse tödlich verlaufender Fall von akuter multipler Neuritis. Wien. klin. Wochenschr. 1895, No. 27/28.

1) G. betont die Identität der Beri-beri mit der multiplen Neuritis und teilt die Gesammtheit der Beri-beri-Kranken in 2 Gruppen: 1. Fälle mit Milzvergrösserung, beschleunigter Herzthätigkeit, intermittirendem Puls, atypischem Fieber; 2. Fälle, in denen die genannten Erscheinungen fehlen. 4 Fälle der ersten Gruppe, die durch eine Malaria-Erkrankung bedingt waren, sind von G. vor kurzem beschrieben worden. — Nachdem G. im Fingerblut vergeblich nach Mikroorganismen gesucht hatte, gelang es ihm, im Milzblut Beri-beri-Kranker Amöben nachzuweisen, die sich von den bisher bekannten Formen der Malariaplasmodien durch stärkere Pigmentirung, extraglobulären Sitz, Aufenthalt im Milzblut allein u. s. w. unterscheiden. Bei Gesunden und Malaria-Kranken ohne Beri-beri fanden sich diese Ge-

bilde nicht vor. Von 98 Beri-beri-Kranken zeigten 63 die beschriebenen Gebilde, bei 12 von diesen 63 wurden zugleich die Malariaplasmodien gefunden. Milzvergrösserung fand sich in 25 pCt. der Fälle ohne Mikroorganismen und in 87,87 pCt. der Fälle mit solchen; ähnlich verhielt es sich mit dem Fieber. Auch nach Dysenterie sind Fälle von Beri-beri resp. multipler Neuritis von G. beobachtet worden. — Da G. dieselben Organismen, wie sie oben beschrieben sind, auch in Fällen von Milzschwellung und Fieber ohne multiple Neuritis (Beri-beri) fand, nimmt er an, es hier mit einer neuen, von Malaria zu unterscheidenden Infektionskrankheit zu thun zu haben, die oft, doch nicht immer eine multiple Neeritis im Gefolge hat.

2) C. teilt 11 Fälle von Neuritis mit den verschiedensten ätiologischen Ursachen mit und knüpft daran einige Betrachtungen über die Diagnose und Therapie dieses vielgestaltigen Leidens und speziell über die elektrotherapeutischen Resultate. Er warnt vor einer willkürlichen, unverständigen Anwendung des elektrischen Stromes (und namentlich des faradischen) von Teiten unorientirter Aerzte. Die Neuritis, und selbst in ihrem frischen Stadium, sei gerade ein dankbares Gebiet für die elektrische Behandlung und oft dann, wenn alle anderen Mittel versagen.

3) P. beschreibt einen Fall von multipler Neuritis, der bei einer Frau auftrat, die eines Brustcarcinoms wegen Arsenikpflaster auf die Haut wiederholt aufgelegt hatte; auch hatten sich andere Intoxikationserscheinungen der Asenikvergiftung eingestellt. S. Kalischer.

4) Die 24jährige Kranke litt in den ersten Monaten ihrer ersten Schwangerschaft an Hyperemesis und bekam schon zu dieser Zeit Schmerzen und allmählich sich verstärkende lähmungsartige Schwäche in beiden Beinen ($L > R$). Bei näherer Untersuchung ergab sich: eine Atrophie der Muskeln aller Extremitäten mit hervorragender Beteiligung des Gebietes des linken N. peroneus, rechts ein schwacher, links kein Patellarreflex, erhöhte mechanische, leichte Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, links EaR, Druckempfindlichkeit des Nerven ohne hervorragende Störungen der Sensibilität. Elektrische und gymnastische Behandlung waren von guten Erfolgen begleitet. St. glaubt, dass man in geeigneten Fällen bei Hyperemesis und Polyneuritis die Schwangerschaft unterbrechen müsste, im vorliegenden Fall trat schon ante partum Besserung ein und nach zur Zeit vollendeter Geburt schritt sie fort.

5) Die 53 Jahre alte Patientin erkrankte ohne nachweisbare Ursache plötzlich mit Erbrechen und Magenschmerzen und kam nach 10 Tagen ins Spital, wo diese beiden Symptome andauerten. Im Erbrochenen fehlt jede saure Reaktion. Allmählich kam es nun zu Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, Lähmung, Atrophie und schweren Erregbarkeitsveränderungen in den Beinen. Darauf stellt sich eine vollständige äussere und innere Ophthalmoplegie ein, die Stimmung schlägt aus einer deprimirten, unzufriedenen in eine euphorische um und es erfolgt im Zustande eines fieberlosen, hallucinatorischen Deliriums der Tod.

Vom ganzen Nervensystem wird eine genauere Untersuchung nur der peripheren Nerven mitgeteilt. Diese waren schon makroskopisch verdickt infolge von Rötung, Schwellung und ödematöser Durchtränkung, mikro-

skopisch ergab sich Vermehrung des Bindegewebes, Schwellung der Axencylinder und Austritt des Myelins innerhalb der Schwann'schen Scheide.

M. Brasch.

J. Heller, Ueber experimentelle Blenorrhoe im Auge neugeborener Kaninchen, sowie Erfahrungen über die Kultur des Gonococcus. (Aus der Klinik f. Sypbilis an der Charité.) Charité-Annalen. XXI. Jahrg. S. 850.

Verf. benutzte zur Züchtung der Gonococcen ausschliesslich das von Kiefer modificirte Wertheim'sche Verfahren, welches bei frischen, mit starker gonococcenhaltiger Eiterung einhergehenden Trippern immer zum Ziele führte, bei Impfversuchen von chronischer Gonorrhoe, bei der übrigens nach H.'s Beobachtung auch mikroskopisch Gonococcen nur selten zu finden sind, stets versagte. Er stellte sodann fest, dass die bei der Augenblenorrhoe Neugeborener und Erwachsener vorkommenden Gonococcen sich kulturell genau ebenso verhalten, wie die aus der Harnröhre stammenden. Auch hier gelang die Reinkultur nur in akuten, möglichst wenig behandelten Fällen mit starker Eiterung, bei denen mikroskopisch reichlich Gonococcen nachzuweisen waren. Verf. versuchte nunmehr die bisher nicht einwandsfrei gelungene experimentelle Uebertragung der Kulturen auf das Tierauge, und zwar verwandte er dazu, da, wie die Erfahrung lehrt, das Auge Erwachsener für die Gonococcenerkrankung sehr wenig disponirt zu sein scheint, neugeborene Kaninchen. Bei den meisten Tieren hatte die Einbringung der Gonococcenkultur in den Conjunctivalsack eine leichte bis mittelschwere Conjunctivitis purulenta zur Folge, welche den auch bei menschlichen Neugeboren vorkommenden leichten Blenorrhoen entsprechen mochte. Bei einem der Tiere entstand eine foudroyante Eiterung, die sich mit dem gleichen Resultate auf zwei andere Kaninchen übertragen liess und das ganze Krankheitsbild mit Schwellung des Lides, Trübung und darauffolgendem geschwürigem Zerfall der Cornea glich durchaus dem der schweren menschlichen Augenblennorrhoe. Das Ergebnis der Tierversuche war das gleiche, ob zu der Impfung von einem akuten Harnröhrentripper oder einer Augenblennorrhoe Neugeborener gezüchtete Gonococcen benutzt wurden; dagegen verliefen Impfungen mit Kulturen anderer Bakterien, namentlich solcher, welche in der Harnröhre neben den Gonococcen vorkommen, immer resultatlos. Gonococcen waren in dem Sekrete der experimentell erzeugten Conjunctivitis, wenn auch im Ganzen spärlich, so doch in fast jedem Präparate und noch mehrere Wochen nach der Impfung nachzuweisen; sie lagen, abweichend von dem Verhalten beim Menschen, weit häufiger extra- als intracellulär. In zwei Fällen gelang auch ihre Reinkultur aus dem Kaninchenauge.

H. Müller.

E. Gebert, Ueber eine Familienepidemie von extragenitaler Syphilis. (Aus der Klinik des Dr. A. Blaschko.) Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 41.

Die Epidemie nahm ihren Ausgang von einem 19jähr., durch ihren Bräutigam genital inficirten Mädchen. Von diesem ging die Sypbilis auf seine 3 Brüder von 8, 10 und 13 Jahren und eine Schwester von 15 Jahren, welche wieder 2 ihr zur Wartung anvertraute Kinder aus anderen Familien

inficirte, über. Eines dieser letzteren, ein 1jähr. Mädchen, übertrug die Krankheiten beim Saugen auf die Brust seiner Mutter. In den anderen 6 Fällen hatte die Infektion an den Mundgebilden stattgefunden.

H. Müller.

Th. S. Cullen, Tuberculosis of the Endometrium. The Johns Hopkins Hosp. Rep. 1895. Vol. IV. No. 8.

Verf. berichtet über 5 Fälle von Tuberkulose des Endometriums. Er nimmt 2 Formen an: die miliare und die chronische diffuse Tuberkulose. Die letztere beginnt meist am Fundus und wird hierher von den Tuben verschleppt, welche fast immer primär erkrankt sind. Im Beginn sieht man das Uterinepithel über den Tuberkeln geschwollen blass, die Uterindrüsen normal, das Stroma mit Tuberkeln infiltrirt. Späterhin werden die Drüsen ergriffen und bilden dann käsige Massen an der Oberfläche, während in der Tiefe der tuberkulöse Prozess weiter wuchert und sich durch seine Infiltrationsgrenze scharf von der Muskulatur abgrenzt. Da die Tuben meist primär ergriffen sind, empfiehlt Verf., bei der Exstirpation des Uterus stets die Tuben mitzunehmen.

A. Martin.

Piering, Fibrom der Vulva. Prager med. Wochenschr. 1896, No. 22.

P. exstirpirte aus dem rechten Labium eines 26jähr. Fräuleins einen über faustgrossen Tumor von höckeriger Oberfläche mit Pseudofluktuation an verschieden Stellen, der auf Grund der mikroskopischen Untersuchung als ein zellenreiches Fibrom bezeichnet werden musste.

Die Anamnese ergab, dass das rechte Labium schon seit der Kindheit der Trägerin eine Vergrösserung von Wallnussgrösse dargeboten hatte. Vom 12. Lebensjahre an war es langsam gewachsen, bis es mit dem 20. Jahre die jetzige Grösse erreicht hatte. Die Periode hatte auf das Wachstum der Geschwulst keinen merklichen Einfluss ausgeübt.

A. Martin.

L. Smith, A new and improved method of performing ALEXANDER's operation. Med. News 1896, Sept. 19.

Verf. hat zunehmend gute Erfolge von der Alexander-Operation konstatirt. Er macht einen Hautschnitt von nur 1 Zoll Länge; die Durchschneidung der Fasern der intercollumnaren Fascie wird vermieden. Das Lig. rotundum soll schnell und leicht zu finden sein, weil die natürliche Beschaffenheit der Gewebe in dem Inguinalring nicht verändert wird. Vf. hat das Ligament stets leicht gefunden. Es soll stumpf präparirend vorgegangen werden; dann bietet das Ergreifen des Lig. rotundum keine Schwierigkeit. Die Ausbildung von Hernien hält er für unmöglich, weil eben keine einzige der den intraabdominalen Druck stützenden Fasern durchschnitten wird.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **10. April.** **No. 15.**

Inhalt: Kleine, Verhalten des Formanilid im Organismus. — Rittnausen, Alloxantin aus Convicin der Bohnen. — Derselbe, Zur Kenntnis des Vicins. — Medvedew, Ueber die Oxydationskraft der Gewebe. — Ritchie, Ueber sekundäre Carcinose der Knochen. — Müller, Ueber Nephrolithiasis nach Rückenmarksverletzungen. — Hoffa, Behandlung der Distorsion im Fussgelenk. — Ostermayer, Operative Behandlung des Kropfs. — Bock, Bloch, Verwendung der Röntgen-Strahlen bei Blinden. — Van Duyse, Darier, Anwendung der Röntgen-Strahlen in der Chirurgie und Verhalten zum Auge. — Brühl, Eine Injektionsmethode des Felsenbeins. — Schulz, Ueber luetische Larynxstenose. — Bruck, Zur Therapie der Ozaena. — Beck und Schultz, Einwirkung monochromatischen Lichts auf Bakterien. — Widal und Sicard, Ueber die Agglutination. — Réclus, Anästhesirende Wirkung des Guajakols. — Bernhard, Ueber Prodromal- und sekundäre Exantheme. — Langerhans, Meinert, Ueber die Magendurchleuchtung. — Aron, Nachbehandlung der Pleuritis. — Higier, Hereditäre Hirn- und Rückenmarkskrankheit. — Jeanselme, Theilhaber, Maybaum, Ueber Basedow'sche Krankheit. — Cagney, Ueber die Innervation der Stimmhandmuskeln. — Gessler, Progressive Muskelatrophie bei Goldpolirerinnen. — Zappert, Zur Kenntnis der hereditären Lues. — Goldberg, Albuminurie bei Gonorrhoe. — Ruge, Ueber die Schleich'sche Anästhesie. — Weltli, Behandlung der Placenta praevia. — Thomson, Anwendung des Schwitzapparates in der Gynäkologie. — Fehling, Erkrankungsziffer der Enthindungshäuser.

F. Kleine, Ueber das Verhalten von Formanilid im tierischen Stoffwechsel. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 327.

Im Anschluss an die Arbeiten von Jaffe über das Verhalten des Acetanilid und Acettoluidid im Stoffwechsel und unter Leitung desselben hat Verf. das Verhalten des Formanilid untersucht, welches — abweichend von dem bisherigen Verfahren — durch Kochen von Anilin mit Ameisensäure, Destillation im Vacuum und mehrfaches Umkrystallisiren erhalten wurde. In einem ersten Versuch, bei welchem ein Hund 20 g der Verbindung in Dosen von $1^1/_2$ g täglich erhielt, gelang es nicht, irgend ein Derivat des Formanilids aus dem Harn zu isoliren. Ein besseres Resultat ergab ein zweiter Versuch, bei welchem 32 g in Dosen von 4 g täglich verfüttert wurden. Das eingedampfte alkoholische Extrakt des Harns wurde in Wasser gelöst, mit Salzsäure gekocht und zuerst direkt mit Aether aus-

geschüttelt, dann nach dem Alkalisiren. Aus dem sauren Aetherextrakt erhielt Verf. denselben Körper, wie JAFFE nach Fütterung mit Acetanilid, nämlich o-Oxycarbanil von der Formel $C_7H_5NO_2$. Die Bildung desselben kann man sich als einfache Oxydation mit nachfolgendem Wasseraustritt vorstellen. Aus dem alkalischen Aetherextrakt konnte kein Körper isolirt werden, die Reaktionen wiesen jedoch auf Paramidophenol hin. — Kaninchen verhielten sich dem Formanilid gegenüber wesentlich anders. Aus dem sauren Aetherextrakt wurde nur Benzoësäure erhalten, dagegen lieferte der alkalische Aetherauszug Paramidopheuol, übereinstimmend mit dem von JAFFE am Acetanilid erhobenen Befund. Versuche über das Verhalten des Phenacetins wurden begonnen, konnten jedoch nicht beendigt werden. Vf. erhielt aus dem sauren Aetherextrakt ein bei niedriger Temperatur krystallinisch erstarrendes Oel, dessen Untersuchung noch aussteht.

E. Salkowski.

H. Ritthausen, Reaktionen des Alloxantins aus Convicin der Saubohnen und Wicken. Ber. d. d. chem. Ges. XXIX. S. 2106.

Vf. hat die Identität des aus dem Convicin dargestellten Alloxantins mit dem aus Harnsäure erhaltenen durch weitere Reaktionen gesichert, unter welchen namentlich die Bildung von Murexid in Form goldgrün glänzender roter Krystalle bei Einwirkung von Ammoniak, sowie die Bildung von Isoharnsäure durch Einwirkung von Cyanamid hevorzuheben ist.

E. Salkowski.

H. Ritthausen, Vicin, ein Glucosid. Ber. d. d. chem. Gesellsch. XXIX. S. 2108.

Vf. konnte aus dem Vicin der Saubohnen durch Einwirkung verdünnter Schwefelsäure einen rechtsdrehenden, schwach gährenden, ein Osazon von 200—203° Schmelzpunkt liefernden Zucker abspalten, dessen Reindarstellung bisher nicht gelang. Das Vicin ist somit als Glucosid anzusehen.

E. Salkowski.

A. Medvedew, Ueber die Oxydationskraft der Gewebe. Pflüger's Archiv. Bd. 65. S. 248.

Vf. hat gefunden, dass auf den Umfaug von Oxydationen, die durch Gewebsextrakte zu stande kommen, die Menge der zu oxydirenden Substanz, die Concentration des oxydirenden Fermentes und seine absolute Menge von Einfluss sind, und weiterhin systematisch die Wirkung jedes dieser Faktoren geprüft. Als Maass der Oxydationskraft benutzte er die Menge der aus (zu den Organextrakten hinzugefügten) Salicylaldehyd entstandenen Salicylsäure. Ihre quantitative Messung geschah auf colorimetrischem Wege. Zu der die Salicylsänre enthaltenden Lösung wurde soviel 0,5—0,6 proc. Eisenchloridlösung hinzugefügt, bis das Maximum der eintretenden Violettfärbung erreicht war. — Als oxydirendes Material benutzte Verf. Auszüge von Kalbslebern, die mit dem Salicylaldehyd 48—72 Stunden bei 39° gehalten wurden.

Was zunächst den Einfluss der absoluten Fermentmenge, d. h. des Volums des benutzten Leberauszuges betrifft, so war die Menge der gebil-

deten Salicylsäure um so geringer, je grösser das Volum des Gemisches war; sie scheint sich annähernd umgekehrt, wie die Quadratwurzel aus dem Volum, zu verhalten. — Ebenso ist die Wirkung der zur Oxydation benutzten Salicylaldehydmenge: je grösser diese, um so geringer die Menge der entstandenen Salicylsäure, und zwar ist letztere gleichfalls umgekehrt proportional der Quadratwurzel aus der Aldehydmenge. — Auffallend war der Effekt der verschiedenen Concentration der Fermentlösung: die gebildeten Salicylsäuremengen waren nahezu proportional den Quadraten der Fermentmengen. — Verf. bringt seine Resultate in eine mathematische Formel.

Weiter benutzt Verfasser seine Resultate zu einer Kritik unserer Anschauungen über den Mechanismus der tierischen Oxydationen. Nach der einen Anschauung handelt es sich um eine „Aktivirung", d. h. Steigerung der oxydirenden Kraft des Sauerstoffs durch die tierischen Gewebe; nach einer zweiten soll dagegen auf die oxydirbaren Substanzen eingewirkt werden, diese dem O zugänglicher gemacht werden. Dass, wie Verf. fand, die Oxydationskraft proportional dem Quadrat der Fermentmenge wächst, lässt sich nach ihm nur dadurch erklären, dass man beide Anschauungen vereinigt und annimmt, dass sowohl der Sauerstoff aktivirt, wie auch die zu oxydirende Substanz leichter angreifbar gemacht wird. A. Loewy.

J. Ritchie, General secondary carcinoma of the bones: osteomalacia carcinomatosa. Pathological report and microscopical investigations by James Purves Stewart. Edinb. med. journ. 1896, Sept.

Eine 47jährige Frau wird an einem Scirrhus der rechten Mamma operirt; die Narbe und die umliegenden Teile bleiben bis zu dem nach 9 Jahren eintretenden Tode gesund. 6 Jahre 8 Monate nach der Operation erkrankt Pat. mit heftigen Schmerzen im Rücken und den Gliedern. Im weiteren Verlaufe bilden sich osteomalacische Veränderungen am Becken, der Wirbelsäule und den Rippen aus. Die Kräfte nehmen rasch ab; es tritt eine Spontanfraktur der 4. rechten Rippe ein. Unter dyspnoischen Erscheinungen kommt es zum Exitus. Die klinische Diagnose wird auf Osteomalacie mit einer Pulmonarthrombose gestellt.

Die Sektion zeigt eine starke Verdünnung sämmtlicher Rippen mit einer Fraktur der rechten 4. an der Knorpel-Knochengrenze. Die Knochensubstanz ist an vielen Stellen dünner wie eine Eischale. Man sieht alveolär angeordnete Krebszellen mit geringem Stroma im Knochenmark, das daneben zum Teil völlig erhalten ist. Die Knochensubstanz wird an ihrer Innenfläche absorbirt: erstens durch direkte Thätigkeit der Krebszellen, zweitens durch Vermittlung der Knochenkörperchen, welche die Wände ihres eigenen Knochenraums zerstören und so schliesslich frei an der Innenfläche des Knochens zu liegen kommen. Dass die Rippe gerade am Ansatz des Knorpels frakturirt ist, hängt mit der bei jeder Inspiration stattfindenden Zerrung dieser Stelle zusammen, die bei der verdünnten brüchigen Rippe bereits eine Zerreissung herbeiführen kann.

Die sekundäre Infektion der Knochen ist ein häufigeres Vorkommnis, als man früher glaubte. Die meisten dieser Fälle haben als primären Herd

Digitized by Google

einen Scirrhus der Mamma; doch sind die Knochenerkrankungen auch nach anderen primären Krebsen, selbst solchen innerer Organe beobachtet worden. Sehr bemerkenswert in dem hier berichteten Fall ist die Länge der Zeit, die zwischen der Operation des Primärherdes und der sekundären Knocheninfektion verstrichen ist. Es ist denkbar, dass die supponirten „Dauersporen" des Krebses in einem Knochen abgelagert werden und erst nach mehreren Jahren durch besondere Einflüsse zur Entwicklung und Verbreitung durch den Körper veranlasst werden. Die Knochen werden bald weich und biegsam, bald brüchig, je nach dem Grade der Entkalkung derselben. Die Symptome der Knochenerkrankung, Schmerzen und Druckempfindlichkeit, sind sehr unsicherer Natur. Die Differentialdiagnose zwischen Osteomalacie und Osteomalacia carcinomatosa ist, besonders in den Anfangsstadien, unmöglich. Eine starke Anämie bei einem Individuum, das früher einen primären Krebs gehabt hat, muss stets den Verdacht auf eine sekundäre Infektion der Knochen lenken. M. Rothmann.

K. Müller, Ueber Nephrolithiasis nach Rückenmarksverletzungen. Archiv f. klin. Chir. L. S. 601.

M. beobachtete bei einem Material von 10 Fällen von in der Hallenser Klinik behandelten Wirbelfrakturen, die mit dauernden Lähmungen einhergingen, nach 3 Monaten das Auftreten von Nierenkoliken mit Entleerung von Steinen; gleichzeitig war fast stets eine durch Schüttelfrost eingeleitete Temperatursteigerung vorhanden. Auch wenn man in dem Urin nichts von Stein findet, ist ein sicheres Zeichen der auf die eine Seite beschränkte und durch Druck gesteigerte Schmerz, wie dieses die Autopsie in 8 unter den 10 Fällen bestätigte. Von diesen 10 Fällen hatten 7 Brüche des untersten Teils der Brustwirbelsäule, 2 des II. und III. Brustwirbels und I. und II. Lendenwirbels, so dass der Sitz der Fraktur kaum Einfluss auf die Entstehung der Nephrolithiasis übt. Von den beiden Ueberlebenden hatte der eine eine Fraktur der Brustwirbelsäule, der andere der Lendenwirbelsäule; bei beiden deuteten die nervösen Symptome auf eine nicht vollständige Zerquetschung des Rückenmarks hin. Offenbaren Zusammenhang mit der Entwicklung der Nephrolithiasis hatte das Auftreten des unter Einwirkung der completen Lähmung sich entwickelnden Decubitus, der bei den beiden letztgenannten Verletzten nur vorübergehend war oder ganz fehlte; doch glaubt M., dass der Decubitus nicht die Ursache der Nephrolithiasis war, sondern die wesentliche Verschlechterung jenes sich erst zeigte, als der Verletzte durch die vorgeschrittene Nephritis immer marastischer wurde. Thatsächlich ist bei 6 der Verletzten ein wesentlicher Decubitus erst nach 8 und mehr Wochen aufgetreten, als längst durch den Nachweis von Eiweiss im Harn die drohende Nierenkomplikation angedeutet war. Dass es zu einer Nierenerkrankung auch ohne die Komplikation mit Cystitis, wie sie in der Klinik die Regel bildet, kommt, that ein Versuch an einem Hunde dar, bei welchem sich an der exstirpirten Niere besonders Verfettung der Markstrahlen fand. So wahrscheinlich nun der bereits früh auftretende Blasenkatarrh für die in einem späteren Stadium sich zeigende Nephrolithiasis ist, an und für sich genügt er nicht, wie die

Geschichte der aufsteigenden Pyelonephritis ohne Steinbildung zeigt, zu deren Zustandekommen. Diese verläuft meist viel zu schnell, als dass die an Urosepsis zu Grunde gehenden Patienten der Nephrolithiasis anheimfallen. Gegenüber der Ebstein'schen Theorie der Steinbildung mit Hülfe eines organischen, durch den Reiz des Steinbildners oder durch infektiöse Vorgänge erzeugten Gerüstes erachtet M. bei Rückenmarksverletzungen die Steinbildung für eine direkte Folge dieser, doch findet gleichzeitig eine Förderung derselben durch die verschiedenen bereits erwähnten begünstigenden Momente statt. Näheres behält sich M. in einer späteren längeren Arbeit auf Grund von zur Zeit noch nicht abgeschlossenen Tierversuchen vor.

P. Güterbock.

A. Hoffa, Zur Behandlung der Distorsion im Fussgelenk. (Mitteilung aus der chir.-orthopäd. Privatklinik des Privatdocenten Dr. Hoffa.) Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 10.

Elevation und Kompression mit Gummibinde während 24 Stunden, dann Verband mit Streifen von amerikanischem Heftpflaster, von denen längere in Steigbügelform von der Grenze des oberen und mittleren Drittels der Tibia um den äusseren Fussrand bis zur inneren Seite des Fussrückens hereinlaufen. Jeder dieser längeren Streifen wird durch je einen kurzen, von der Basis der kleinen Zehe beginnenden, um die Hacke bis zu der grossen Zehe reichenden Streifen fixirt. Die ganze Gegend des Malleolus ext. bis zum Rand des Tendo Achillis ist mit Pflaster zu bedecken, jedoch völlig cirkuläre Einwickelung des Fussrückens zu meiden. Nach beendeter Anlegung der Streifen folgt Einwickelung mit einer Cambric-Binde, worauf die Patienten herumgehen dürfen. In leichteren Fällen genügt auf 8 Tage ein Verband, dann ebenso lange Nachkur mit Massage. Schwere Distorsionen erfordern nach 6—8 Tagen einen zweiten Verband auf 8—10 Tage, dann wieder Massage auf 8 Tage. Fälle, in denen ein dritter Verband benötigt ward, kamen nicht vor.

P. Güterbock.

N. Ostermayer, Beiträge zur operativen Behandlung des Kropfes mit Berücksichtigung des gegenwärtigen Standes derselben in Ungarn. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLI. S. 233

Abgesehen von den Kropfoperationen, welche auf der chirurgischen Abteilung des hauptstädtischen Rochus-Spitals in Budapest durch Navratil ausgeführt worden sind, finden sich in der ungarischen medizinischen Litteratur bis jetzt nur vier Fälle von Kropfexstirpation veröffentlicht.

Vier weitere Fälle (3 aus dem Johanniskrankenhause und 1 aus der Privatpraxis) werden vom Verf. in extenso beigebracht.

Hervorzuheben ist Fall 3, ein 19jähriges Dienstmädchen betreffend, mit einem bereits durch Punktion und Jodinjektion behandelten geschrumpften Cystenkropf, welcher retroclavicular links mannsfaustgross liegend, bedeutende Atmungshindernisse verursachte und bei dessen Exstirpation die Schonung des N. recurrens einige Schwierigkeit bot.

P. Güterbock.

---

1) **E. Bock**, Vorschlag zur Verwendung von X-(Röntgen-)Strahlen bei einigen Formen von Blindheit. Wiener med. Wochenschr. 1896, No. 52.
2) **E. Bloch**, Ueber die Verwendung von Röntgen-Strahlen bei einigen Formen von Blindheit. Ebenda No. 53.

1) Bock, welcher der Ansicht war, dass sich die Röntgen-Strahlen bei Erblindungen durch Hornhautnarben verwenden liessen, um auf der gesunden Netzhaut Bilder hervorzubringen, wandte sich an Prof. Eger in Wien, um sich über die Technik zu informiren. Derselbe ist der Ansicht, dass dies möglich wäre, sobald die X-Strahlen in einem grösseren Lichtbüschel hergestellt werden; alsdann können sie dem Blinden mit gesunder Netzhaut sichtbar gemacht werden. Nur müssten z. B. Schriftzüge auf Papier in undurchsichtigem Material hergestellt werden, also in fettem Firniss, auf den Metallstaub, welcher Schwermetalle enthält, kein Aluminium und nur wenig Zinn, gestreut wird.

2) Bloch hält dies für unmöglich, da man die bei Durchleuchtungsversuchen mit Röntgen-Strahlen nötige fluorescirende Substanz hinter die Cornea oder die Linse in den Glaskörper bezw. Humor aqueus vor die percipirende Retina bringen müsste, was sich nicht erfüllen lässt.

Horstmann.

---

1) **Van Duyse**, Les rayons Röntgen en chirurgie. Arch. d'ophtalm. XVI. (2.) p. 101.
2) **Darier**, Sur la perméabilité de l'oeil aux rayons de Röntgen. Soc. d'ophtalm. de Paris 1896, Mars.

1) Van Duyse gelang es, am Kaninchenauge in die hintere Kammer und in den Glaskörper hinter der Linse eingebrachte Bleistückchen mittelst der Röntgen-Strahlen aufs Deutlichste nachzuweisen, ebenso auch am enucleirten menschlichen Auge.

2) Darier dagegen stellte fest, dass die Augenmedien für die X-Strahlen sehr wenig durchgängig sind. Horstmann.

Brühl, Eine Injektionsmethode des Felsenbeins. Anatom. Anzeiger 1896, No. 3.

Zur Darstellung der Topographie des inneren Ohres empfiehlt Vf. folgendes Verfahren: Macerirte Schläfenbeine werden nach mehrtägigem Auswaschen in fliessendem Wasser mit Salzsäure (2—4 pCt. bei Neugeborenen, 5—10 pCt. bei Erwachsenen) entkalkt und nach 24stündigem Auswaschen in fliessendem Wasser in Alkohol von steigender Concentration, zuletzt mit Zusatz von ausgeglühtem Cupr. sulph. entwässert, die Fenestr. rotund. und der Porus acut. intern. wurden durch Schwamm verschlossen und mittelst einer Pravaz'schen Spritze von der Fenestra ovalis aus Quecksilber, mit etwas Glycerin betropft, unter ganz schwachem Druck injicirt, bis dasselbe aus dem Aquaeductus herausspritzt. Diese Mündungen wurden dann mit Feuerschwamm verstopft oder mit Cement plombirt. Um etwa vorhandene Wasserreste zu entfernen, werden die Präparate in Carbolxylol gebracht und dann in Xylol aufgehängt. Schwabach.

Schulz, Ein Beitrag zur Behandlung luetischer Larynxstenosen. Charité-Annalen 1896.

In manchen Fällen sich chronisch entwickelnder Stenose bei Larynxsyphilis findet man Wucherungen in dem infiltrirten submucösen Gewebe, die als „polypoide Hyperplasie" (Gerber) der mechanischen Dilatation grössere Schwierigkeiten als einfache Narben- oder Infiltrationsstenosen entgegensetzen. Einen solchen Fall teilt Verf. mit, in dem diese Hyperplasien durch $1^1/_2$ Jahre der allmählichen Dilatation Widerstand leisteten und in dem dennoch durch nachfolgende chirurgische Eingriffe und Behandlung mit Adstringentien Heilung erfolgte. Von Interesse ist, wie sich der Dilatation vor allem durch die sich immer wieder bildenden Granulationen Schwierigkeiten entgegenstellen, die durch geeigneten Wechsel in den Dilatationsmethoden etc. so weit überwunden werden konnten, dass Patient trotz der Verengerung, welche durch die Vernarbung seiner Trachealfistel bedingt wurde, ohne Dyspnoë entlassen werden konnte. Der Erfolg war ein vollständiger, denn wie auch die 14 Monate später nach dem an Leberkrebs erfolgten Tode stattfindende Obduktion zeigte, handelte es sich nunmehr um einen abgeschlossenen Prozess. W. Lublinski.

Fr. Bruck, Zur Therapie der genuinen Ozaena. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 3.

Anstatt der Gottstein'schen temporären Tamponade empfiehlt Vf. eine geringe Modifikation derselben, durch welche die Atmung bei geschlossenem Munde ermöglicht ist. Zu diesem Zweck führt er in jede oder nur in die vom Wattetampon freigelassene Seite einen Streifen hydrophilen Mulls ein, dessen Länge und Breite von der Ausdehnung der Erkrankung und von der Geräumigkeit des Naseninneren abhängig ist. Dabei ist auf eine direkte Berührung mit der gesammten krustenbildenden Schleimhaut genau zu achten. Sobald sich die Streifen vollgesogen haben, werden sie durch Schneuzen entfernt und sofort durch neue ersetzt. Der Erfolg hängt von der konsequenten und exakten Durchführung von Seiten des Pat. ab.
W. Lublinski.

Beck und **Schultz,** Ueber die Einwirkung sog. monochromatischen Lichtes auf die Bakterienentwickelung. Zeitschr. f. Hyg. 1896. XXIII. Heft 3. S. 490.

Verff. haben die Wirkung des Lichtes von möglichst gleichen Wellenlängen auf Bakterien untersucht. Die spektroskopische Prüfung der verschiedenen Lichtsorten ergab für Rot 724—640 $\mu\mu$, für Gelb 622—570 $\mu\mu$, für Grün 554 — 498 $\mu\mu$ und für Dunkelblau von 460 $\mu\mu$ abwärts. Sie fanden:

1. Dass auf keine der untersuchten Bakterienart — Micrococcus prodigiosus, Bac. pyocyaneus, Staphylococcus aureus, Coccus ruber, Bacterium coli commune, Bac. fluorescens, Staphylococcus albus, Diphtherie und gelbe Sarcine — irgend ein farbiges Licht entwicklungshemmend oder abtötend wirkt; doch scheint bei einigen ein Einfluss auf die Produktion des Farbstoffes stattzufinden.

2. Diffuses Tageslicht begünstigt in allen Fällen die Entwicklung und Farbstoffbildung.

3. Dunkelheit dagegen schädigt nach langdauernder Einwirkung bei einigen Bakterien (Staphylococcus aureus und Bac. fluorescens) die Farbstoffbildung.

4. Das direkte Sonnenlicht verhindert schon bei kürzerer Einwirkung die Farbstoffproduktion. Ausserdem wirkt es bei hinreichender Einwirkung sogar abtötend.

5. Die Röntgen-Strahlen haben weder auf das Wachstum, noch auf die Farbstoffbildung schädigenden Einfluss.

Diese Resultate sind insofern von grosser Bedeutung, als man bisher mit Buchner annahm, dass diffuses Tageslicht nicht nur nicht fördernd, sondern entwickelungshemmend wirkt, worauf die Abnahme der Bakterien in Flüssen zurückgeführt wurde. Ausserdem fragt es sich, ob es nach diesen Ergebnissen richtig ist, dass in bakteriologischen Instituten allgemein die Kulturen im Dunkeln gezüchtet und aufbewahrt werden. Leider haben die Verff. nicht das Verhalten der Virulenz der pathogenen Bakterien geprüft. H. Bischoff.

Widal et **Sicard**, La réaction agglutinante comparée chez les typhiques pendant l'infection et pendant l'immunité. Compt. rend. de la soc. de biol. 1896, No. 34.

Im Gegensatz zu Pfeiffer, Kolle und Anderen nehmen Verff. an, dass die Agglutination, welche man bei der Widal'schen Serodiagnostik des Blutes (ref. Cbl. 1896, No. 39 u. 1897, No. 2) benutzt, nicht eine Folge der sich bildenden Immunität im Körper des Pat. ist, sondern als ein Schutzvorgang aufzufassen ist, welcher sich besonders während der Infektionsperiode zeigt. Sie wollen bei vielen Patienten, welche Typhus überstanden hatten, die Reaktion nicht gefunden haben. Dieselbe soll bei Typhösen im Allgemeinen seit den ersten Tagen der Infektion nachweisbar sein und sich bei vielen während der ersten Wochen der Rekonvalescenz, wo die Immunität am festesten ist, abschwächen. So sahen sie bei zwei Kranken das Phänomen 18 und 24 Tage nach der Defervescenz schwinden, während sie es häufig während der fieberfreien Periode zwischen der Krankheit und einem Rückfall fanden, und sie erklären das so, dass sie annehmen, es handle sich um eine Verteidigungsreaktion des Körpers, denn, hätte es sich um Immunität gehandelt, so wäre der Rückfall nicht aufgetreten.

Diese Ansicht widerspricht den Erfahrungen in der Immunitätslehre, und die Beobachtungen der Verff. dürften wohl auf Virulenzverschiedenheiten der zur Prüfung verwandten Kulturen zurückzuführen sein. H. Bischoff.

P. Reclus, Gaïacol et cocaïne. Bulletin de l'académie de méd. 1896, No. 20.

Im Anschluss an eine Mitteilung André's, der zu lokalen Anästhesien statt des Cocains das Guajakol empfahl, weil es, von ebenso sicherer und starker Wirkung wie jenes, auch entzündete Gewebe anästhetisch mache und weit ungefährlicher sei, als Cocain, stellte Verf. eine Reihe von Ver-

suchen an, und zwar in der Weise, dass er in die eine Hälfte des Operationsfeldes Cocain, in die andere Guajakol injicirte. In allen Fällen fielen die Versuche zu Gunsten des Cocains aus; das Guajakol wirkte geringer und langsamer. Auch bei entzündeten Gewebeu gelang es R. immer, mit Cocain eine lokale Anästhesie herzustellen. Was endlich die Gefahren des Cocains betrifft, so sind die bisher bekannten Vergiftungsfälle auf dreierlei Ursache zurückzuführen. Erstens werden zu grosse Dosen gegeben; so waren in einem jüngst publicirten Vergiftungsfall 2 g in die Blase injicirt worden, während R. niemals die Dosis von 20 cg überschreitet. Zweitens werden concentrirte Lösungen benutzt; es ist dies ein Punkt, der bisher zu wenig beachtet wurde. Während 10 cg Cocain in 1 g Wasser heftige Intoxikationserscheinungen hervorrufen können, wird dieselbe Quantität Cocain, in 10 g Wasser aufgelöst, gut vertragen; R. benutzt gewöhnlich eine Lösung von 1,0 : 100,0. Drittens endlich soll man den Pat. nie im Sitzen (wie bei Zahnoperationen, sondern stets im Liegen operiren und beim Einspritzen grössere Venen vermeiden. Beachtet man diese 3 Punkte, so ist die Cocainanästhesie völlig ungefährlich, wie R. an 3500 Patienten dies nachzuweisen im stande ist. K. Kronthal.

L. Bernhard, Ueber Prodromal- und sekundäre Exantheme. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 34.

Den akuten Infektionskrankheiten können Exantheme vorangehen oder ihnen folgen. Die prodromalen Exantheme treten am häufigsten bei Masern und Rubeolen auf, kommen aber auch vor Diphtherie, Pneumonie, Scharlach, Varicellen und Pertussis vor. Das Exanthem tritt nicht charakteristisch für die einzelne Infektionskrankheit auf, sondern trägt einen polymorphen Charakter. Bald zeigen sich diffuse, nur kurz andauernde Erytheme oder grössere und kleinere Flecken von mehr blasser oder intensiver Röte. Länger als 3 Tage hält keines dieser Exantheme an. Fieber ist gering oder fehlt ganz, die Kinder zeigen aber oft durch ihr Verhalten, dass sie sich krank fühlen. — Die den akuten Infektionskrankheiten folgenden Exantheme lassen sich in 3 Gruppen scheiden: 1. Am 10. bis 21. Krankheitstage erscheinen bei den an Rhinitis, Rhagaden der Lippen, aphthösen Geschwüren und nekrotisirenden Anginen leidenden Kranken linsen- bis nagelgliedgrosse rote Flecken auf Rumpf und Extremitäten. Das Gesicht ist nur wenig beteiligt. Die Flecken vergrössern sich bald, confluiren, blassen in der Mitte ab, der rote Rand scheint wallartig erhaben und die Haut zeigt ein landkartenähnliches Aussehen. Die Temperatur ist meist subnormal. Die Flecken dauern meist bis zum Tode, der in den vom Verf. beobachteten Fällen immer eintrat. 2. Am Ende der zweiten oder Anfang der dritten Krankheitswoche treten linsengrosse blassrote Fleckchen in der Nähe der Gelenke der Extremitäten auf, bevorzugt ist das Kniegelenk. Die Fleckchen schreiten centralwärts fort, so dass bald auch der Rumpf mit spärlichen Flecken bedeckt ist. Das Gesicht bleibt meist frei. Diese Form tritt oft — worauf schon Hatinel hingewiesen hat — epidemisch auf. Die Temperatur ist wie bei Gruppe 1 nicht erhöht. Hervorgerufen werden diese Exantheme durch virulente

Digitized by Google

Streptococcen, deren Ausgangspunkt wie bei Gruppe 1 Rhagaden, aphthöse Geschwüre etc. sind. 3. Scharlachartige Hautausschläge. Diese treten früher wie die vorhergehenden, nämlich schon im Anfang oder in der Mitte der zweiten Krankheitswoche auf. Die Temperatur ist bei dieser Form meist erhöht.

Alle diese sekundären Exantheme werden meist durch Infektion mit Streptococcen, wie schon bei Gruppe 2 erwähnt, hervorgerufen. In einem Falle von Diphtherie konnte aber Verfasser lediglich Diphtheriebacillen als Ursache eines am neunten Tage der Erkrankung entstandenen morbillenähnlichen Exanthems nachweisen. Stadthagen.

---

1) **E. Langerhans,** Magendurchleuchtung und Magenaufblähung. Wiener med. Bl. 1895, No. 45.

2) **Meinert,** Zur Frage von der diagnostischen Verwertbarkeit der Magendurchleuchtung. Chl. f. inn. Med. 1895, No. 44.

1) L. hat, gestützt auf eine Reihe einschlägiger Versuche nachgewiesen, dass die bei der Magendurchleuchtung erhaltene Durchleuchtungsfigur dem Magen nicht entspricht. Er kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Magendurchleuchtung, wie sie zur Zeit geübt wird, hat keinen diagnostischen Wert.

2. Eine Methode, die Grösse und Lage des leeren Magens zu untersuchen, existirt zur Zeit nicht.

3. Zur Aufblähung des Magens zwecks der Untersuchung ist der modificirte Schreiber'sche Gummiballon zu empfehlen.

Auf die Frage, wie denn nun jene dem Magen nicht entsprechende Durchleuchtungsfigur zu stande kommt, ist eine sichere Antwort nicht zu erteilen. Bezüglich hierauf giebt L. noch einige kurze Bemerkungen:

1. Auch der elastische Schlauch drückt die getroffene Partie der Magenwand nach abwärts. Beim Vergleich einer mehr weichen Sonde mit einer starreren stand bei letzterer das Licht desselben Mageus tiefer.

2. Da die gewölbten Bauchdecken der Frontalebene nicht parallel sind, die Lichtstrahlen aber die Bauchwand dort am hellsten durchleuchten werden, wohin sie den kürzesten Weg haben, so wird das Lichtbild die Neigung haben, bei gewölbtem Leib nicht auf der Höhe dieser Wölbung, sondern in den abhängigen Partien zu erscheinen.

3. Die Organe des Abdomens sind optisch ungleichwertig. Sie werden Licht in verschiedenem Grade durchlassen, je nachdem sie mit Luft und Wasser oder festen Contentis angefüllt sind, und werden so die Projektion des Lichtes auf die Bauchdecken beeinflussen.

2) Auch MEINERT kommt zu dem Schlusse, dass der Magendurchleuchtung ein diagnostischer Wert bezüglich der Lage, der Grösse und der Gestalt des Magens durchaus nicht beizulegen sei. Sie ermögliche im besten Falle den Nachweis von Tumoren der Milzgegend, von Milzverlagerungen und die topographische Bestimmung mancher palpabler Tumoren, sei es des Mageus selbst, sei es seiner Nachbarschaft. C. Rosenthal.

E. Aron, Ueber die Nachbehandlung der Pleuritis. Therap. Monathefte. 1896. (9.)

Verf. empfiehlt zur Nachbehandlung einer abgelaufenen Pleuritis die pneumatische Therapie, und zwar am besten in einem pneumatischen Kabinet; es wird durch dieselbe am zweckmässigsten einerseits den Verwachsungen der Pleurablätter und dem Retrécissement der betreffenden Thoraxhälfte, andererseits etwaigen Atelektasen des Lungengewebes entgegengewirkt. Diese Behandlung darf nicht zu früh beginnen, da sie sonst Veranlassung zu neuen entzündlichen Prozessen werden kann, jedoch darf mit ihr auch nicht zu lange nach Ablauf der Pleuritis gewartet werden.

Perl.

H. Higier, Ueber die seltenen Formen der hereditären und familiären Hirn- und Rückenmarkskrankheiten. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1896. IX. (1 u. 2.)

H. beobachtete an vier Geschwistern einen eigenartigen Symptomenkomplex, wie er ganz ebenso bisher nicht beschrieben ist und als familiäre centrale Nervenkrankheit bezeichnet wird. Trotz des familiären Charakters fehlte jede Heredität; die Krankheit bestand nirgends von Geburt oder von frühester Kindheit an, sondern ihr Beginn fällt ins 7. bis 12. Lebensjahr. Das erste Krankheitssymptom war bei allen 4 Schwestern ein Gefühl von Schwäche und Steifigkeit in den Beinen, das langsam, aber progressiv zunahm bis zu ausgesprochener spastischer Paraplegie der Beine mit Kontrakturen an den Unterschenkelbeugern und den Adduktoren und Flexoren der Oberschenkel, mit Pes varo-equinus und Oedem, Cyanose und trophischen Hautanomalien. Innerhalb des 3. bis 4. Krankheitsjahres treten Störungen der oberen Extremitäten hinzu, wie Schwäche, Ungeschicklichkeit, Zittern bei intendirter Bewegung und Atrophien der Hand- und Armmuskulatur. Die Sehnenreflexe waren teils normal, teils gesteigert. Es bestanden ferner: häufiges Verschlucken, Bradylalie, monotone nasale Sprache, Strabismus, Subluxation des Unterkiefers, nystagmusartige Zuckungen der Bulbi, fortschreitende primäre Opticusatrophie mit Einengung des Gesichtsfeldes und partieller Achromatopsie, stupider Gesichtsausdruck und endlich Störungen und Rückgang der Intelligenz. Nicht vorhanden waren: Pupillenanomalien, Störungen der Sensibilität und der Sphincteren, motorische und sensible Reizerscheinungen, Verdickungen und Druckempfindlichkeit der Nerven. Aetiologisch liess sich nichts feststellen; andere Geschwister, die das 12. Lebensjahr längst überschritten hatten, blieben völlig gesund. Diese Symptomatologie liess sich in keine Reihe der familiären Nervenkrankheiten einreihen; das Bild stimmte weder mit der familiären amyotrophischen Lateralsklerose, der familiären progressiven Muskelatrophie resp. -Dystrophie, noch mit der Gruppe der spastischen Spinalparalyse oder der neuralen oder peronealen Muskelatrophie überein; auch die Friedreich'sche (hereditäre) Ataxie, die cerebrospinale Herdsklerose, die familiäre Dementia paralytica und die cerebralen Diplegien bieten ein anderes Bild; von den letzteren unterscheidet sich die hier beschriebene Krankheitsform durch den schleichenden, nicht akuten Beginn, den chronischen progressiven Verlauf, die Familiarität, das Auftreten der Krankheit

im jugendlichen Alter, das Fehlen eines ätiologischen Moments und die Abwesenheit cerebraler Reizerscheinungen, während die Opticusatrophie, die Achromatopsie, die näselnde Sprache und die Schluckbeschwerden gelegentlich auch bei der cerebralen Diplegie vorkommen können. Pathologisch-anatomisch dürfte eine kongenitale Hypoplasie des Grosshirns mit gleichzeitiger oder nachträglicher genuiner Affektion der Rindensubstanz mit sekundärer systemartiger Degeneration bestimmter Rückenmarksbahnen vorliegen. — H. erörtert alsdann die verschiedenen Formen der familiären cerebralen Diplegien progressiver Natur, der hereditären und familiären spastischen Spinalparalyse, der Hérédo-Ataxie cerebelleuse, der Friedreich'schen Krankheit und verwandter Bilder. Er kommt zu dem Schlusse, dass es cerebrale Diplegien familiär-hereditärer Natur giebt, zu denen sich Coordinationsstörungen hinzugesellen können. Es giebt ferner hereditäre Ataxien, zu denen im weiteren Verlaufe spastische Erscheinungen mit und ohne Steigerung der Sehnenreflexe hinzutreten. Schliesslich giebt es hereditäre und familiäre Erkrankungen des Nervensystems, bei denen von vorneherein die spastischen und atactischen Symptome gleichzeitig vertreten sind. Die Bezeichnung dieser Misch-, Uebergangs- und Zwischenformen ist gleichgültig. Das anatomische Substrat dieser complicirten Fälle ist noch unbekannt. Der Hypoplasie des Centralnervensystems resp. einzelner Hirnteile (Kleinhirn) kommt nicht die bisher angenommene dominirende Rolle zu; auch ist die Beteiligung des Rückenmarks und seiner Bahnen nicht ausschlaggebend. — Jedes familiäre Leiden des Centralnervensystems kann sowohl der homologen als der heterologen Heredität unterworfen sein, und so erklärt sich das Zusammentreffen mehrerer Typen aus der Gruppe der hereditären Nervenkrankheiten in derselben Familie und sogar bei demselben Individuum. S. Kalischer.

---

1) **E. Jeanselme,** Sur la coexistence du goitre exophthalmique et de la sclérodermie. Mercredi méd. 1895, No. 1.

2) **A. Theilhaber,** Die Beziehungen der Basedow'schen Krankheit zu den Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Archiv f. Gynäkol. Bd. 49. (1.)

3) **J. Maybaum,** Ein Beitrag zur Kenntnis der atypischen Formen der Basedow'schen Krankheit. Zeitschr. f. klin. Med. XXVIII. (1/2.)

1) Eine 58jährige Frau zeigte neben den Erscheinungen des Morbus Basedowii eine Sklerodermie. Beide Krankheiten finden sich häufiger beim weiblichen Geschlecht und neben anderen nervösen Störungen. Der Morbus Basedowii zeigt auch Beziehungen zum Myxödem; derselbe kann dem Myxödem vorausgehen und bei Familienmitgliedern auftreten, in denen andere Geschwister an Myxödem leiden. Ferner zeigen die beiden Hautaffektionen, die Sklerodermie und das Myxödem, Beziehungen zu einander und sogar Uebergangsformen (Grasset) in der ödematösen Form der Sklerodermie. Besnier beschreibt sogar einen Fall, in welchem Zeichen der Sklerodermie und des Myxödems nebeneinander bestanden, und Lussana sah einen Fall mit Myxödem beginnen und als Sklerodermie enden. Das verbindende Glied zwischen dem Myxödem und der Sklerodermie dürfte eine Dystrophie

der Schilddrüse sein, die auch die Basedow'sche Krankheit zu den beiden Hautdystrophien in Beziehung bringt. S. Kalischer.

2) Der Verf., welcher selbst nur 4 Beobachtungen beibringt, kommt zu dem Schluss, dass grosse Veränderungen in den Genitalien (Gravidität, Puerperium, Lactation, starke Blutverluste, Kastration) bei dazu disponirten Personen Morb. Based. hervorzurufen geeiguet seien, dass aber auch umgekehrt der Morb. Based. zur Ursache eines atrophischen Prozesses werden kann, welcher den gesammten Genitaltraktus oder einzelne Abschnitte desselben betreffen kann. Uebrigens sind die Einflüsse der obengenannten Veränderungen der Genitalien auf einen bestehenden Morb. Based. sehr verschiedenartige — hier wirken sie bessernd, dort verschlechternd. Aus den Winken für den Arzt seien folgende vom Verf. aufgestellte Gesichtspunkte hervorgehoben: Bei Morb. Based. ist die Ehe zu widerraten, verheiratete Frauen sind vor Gravidität zu warnen; Frauen, die neuropathisch sind oder in deren Familie Morb. Based. vorgekommen ist, sollen nicht lange Zeit stillen; die örtliche Behandlung der Atrophie an den Genitalien sollte unterbleiben, wenn nicht ganz besondere Indikationen den Eingriff nötig machen.

3) Zwei Fälle von Morbus Basedowii, von denen der erste ohne Struma verlief; Exophthalmos, Tachycardie, Zittern, Schweisse, Gräfe'sches, Stellwag'sches Zeichen, ebenso das Möbius'sche Symptom waren vorhanden. Die Krankheit dauerte schon 15 Jahre bei einer 56 Jahre alten Patientin, die im ganzen etwas nervös war. Im zweiten Falle wurde der Exophthalmos vermisst, es bestanden Tachycardie, Struma, Tremor, Schweisse, wechselnde Stimmung, Pulsiren der Milz, Tönen der Cruralis. Der Fall (20jähr. Kranke) dauerte 3 Jahre und verlief progressiv. M. Brasch.

J. Cagney, Ueber die Innervation der Abductoren und Adductoren der Stimmbänder. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. VII. (1/2.)

Der Verf. macht in den vorliegenden kurzen Bemerkungen Erklärungsversuche über die Verschiedenheit, welche Adductoren und Abductoren der Stimmbänder in Bezug auf ihre Erkrankung bei organischen und funktionellen Krankheiten der centralen und peripheren Nervensubstanz darbieten. Es ist bekannt, dass die Abductoren bei organischen Leiden leichter erkranken und umgekehrt. C. meint nun, man müsse diese Eigentümlichkeit ohne Zweifel darauf beziehen, dass die Abductoren, nach den bisherigen Forschungen zu urteilen, kein Rindencentrum besitzen. Eine spinale bezw. subcorticale motorische Zelle, welche mit einer Rindenzelle in Verbindung steht, besitzt aber ein trophisches Uebergewicht, einen Vorteil in der Ernährung für das ganze Neuron gegenüber einer Zelle, die von der Rinde keine Impulse etc. erhält. Diese Theorie sucht der Verf. durch ein Paradigma zu stützen: Eine diabetische Frau erleidet eine Hemiplegie durch Hirnblutung. Nach $1^1/_2$ Jahren waren an der gelähmten Seite keine Rigiditäten, wohl aber EaR und andere Zeichen der Neuritis nachweisbar.

Demnach, so schliesst der Verf., hat sich hier die sonst doppelseitige

diabetische Neuritis nur einseitig entwickelt, weil nur die eine Körperseite, welche der Rindenverbindung entbehrte, die erforderliche Widerstandskraft besass. M. Brasch.

H. Gessler, Eine eigenartige Form von progressiver Muskelatrophie bei Goldpolirerinnen. Medic. Corr. Bl. des württemb. Landesvereins 1896, 5. Sept.

G. behandelte zwei Goldpolirerinnen an einer eigentümlichen Form von Muskelatrophie, welche er aus ihrer Beschäftigung ableitet. Diese besteht darin, zu reinigende Gegenstände bei dorsalflektirter Hand und geschlossenen Fingern gegen rotirende Bürsten zu halten, und zwar mit grosser Kraftanstrengung. Beide Mädchen waren gleichartig erkrankt, nur an der rechten Hand; sie waren im jugendlichen Alter schon einige Jahre ihrer Beschäftigung nachgegangen. Die Affektion bestand in einer atrophischen Lähmung der Interossei und Lumbricales, Kleinfinger- und Daumenballenmuskeln, die Strecker des Handgelenks waren fast gar nicht betroffen.

Der Verf. hält auf Grund früherer Untersuchungen und des Umstandes, dass vom Nerven aus prompte Reaktion des zugehörigen Muskelgebietes, mit Ausnahme der gelähmten Muskeln, in diesen selbst aber EaR sich vorfand, diese Form der Muskelatrophie für eine Erkrankung der intramuskulären Nervenendigungen. Eigentümlichkeiten dieser Erkrankungsform sind das Fehlen von objektiven Sensibilitätsstörungen, Beschränkung der atrophischen Lähmung auf gewisse Muskelgruppen, normales Verhalten der Nervenstämme bei EaR im Gebiet der erkrankten Muskeln, rasche Heilung bei schnellem, sachgemässem therapeutischen Eingreifen (Strychnin, Elektrotherapie). M. Brasch.

J. Zappert, Ueber isolirtes Vorkommen von Augenmuskellähmungen als Spätsymptom der hereditären Lues. Archiv f. Kinderheilk. XIX. (3/4.)

Der Verf. macht darauf aufmerksam, dass in der reichhaltigen Litteratur über den Symptomenkomplex der hereditären Lues neben den mannigfachen nervösen Erkrankungen Augenmuskellähmungen wohl genannt werden, dass sie aber hinter den anderen nervösen Symptomen sehr zurücktreten; höchst selten wird aber von isolirten Paresen der Augenmuskeln bei Lues hereditaria tarda berichtet.

Der Verf. selbst erzählt den Fall eines 5jährigen Kindes, welches an einer linksseitigen kompleten Oculomotoriuslähmung litt, andere nervöse Erkrankungssymptome fehlten. Das Kind war mit einem luetischen Ausschlag zur Welt gekommen, hatte Hg erhalten und den Ausschlag verloren. Erst im fünften Jahre erkrankte das Kind mit Kopfschmerzen und Erbrechen und nach acht Tagen kam die Augenmuskellähmung dazu, welche auch nach Aufhören der Allgemeinsymptome bestehen blieb. Eine gemischte Behandlung beseitigte im Verlaufe von drei Monaten auch diese Oculomotoriuslähmung. Die Läsion wird als eine periphere aufgefasst.
M. Brasch.

Digitized by Google

B. Goldberg, Ueber Albuminurie bei Blenorrhoe. (Vortrag, geh. auf der 68. Naturforscher-Versammlung zu Frankfurt a. M.) Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIII. No. 8.

Aus eigenen nnd fremden Beobachtungen und Untersuchungen zieht Verf. die folgenden Schlüsse: Wahre Albuminurie kommt in etwa 12 pCt. der Tripper vor. Nnr in höchstens 2—3 pCt kann sie als eine Kontinuitätserkrankung infolge einer Ascension der Entzündung durch Blase, Harnleiter, Nierenbecken, Sammelröhren, Harnkanälchen angesehen werden. Für die meisten Fälle, $^5/_6$ etwa, bleibt vielmehr kaum eine andere Erklärung übrig, als eine metastatische blennorrhoische Nephritis. Wie der Gonococcus dnrch's Blut in andere Organe gelangt, so gelangt er anch in die Nieren. Wie andere Infektionskrankheiten bakterielle oder toxische Nephritiden erzeugen, so auch zuweilen die Blennorrhoe. Die Prognose der aknten blennorrhoischen Albuminurie ist in der Regel eine gute, insofern sie in einigen Wochen ohne weitere Folgen verschwindet. Wird die Blennorrhoe chronisch, so kann auch die Albuminurie bestehen bleiben; entweder wird oder bleibt sie dann minimal nnd schädigt den Pat. nicht merklich, oder sie ist von vorneherein beträchtlich, bleibt es und führt zum Tode unter dem Bilde chronischer Nephritis. Fälle der letzteren Art sind sehr selten. — Oertliche Schonnng, Bettruhe, reizlose Diät, reichliche Zufuhr indifferenter Getränke sind die wesentlichsten Mittel bei jeder beträchtlichen Albnminurie im Verlaufe des Trippers. H. Müller.

S. R. Ruge, Versuche mit der Schleich'schen Lokal-Anästhesie und dem Schleich'schen Narkosengemisch. (Aus der Klinik für Syphilis an der Charité.) Charité-Annalen. XXI. Jahrg. S. 850.

R. hat die Schleich'sche Lokal-Anästhesie bei 128 Fällen von Phimosenoperation, Entfernung spitzer Condylome, Auskratznng weicher Schanker, Eröffnung von Bubonen u. dergl. angewendet und beschreibt sehr eingehend die nicht ganz einfache, für den Erfolg aber wichtige Technik des Verfahrens. Er hat Cocainvergiftung, Phlegmonen oder eine Weiterverbreitung des bestehenden Krankheitsprozesses infolge der Einspritzungen niemals gesehen und empfiehlt die Methode angelegentlich als für die meist einfachen Operationen in der Syphilidologie ganz besonders geeignet. — Ebenso hat R. die von Schleich für die allgemeine Narkose angegebenen, auf den Siedepunkt von 38, 40 und 42° abgestimmten Gemische von Aether Petrolei, Aether und Chloroform in 24 Fällen versucht und rühmt ihnen das Fehlen oder die erhebliche Abschwächung des Excitationsstadiums, die Ruhe der Narkose bei stets gutem Pulse und namentlich eine sehr günstige Art des Erwachens nach. H. Müller.

E. Weltli, Znr Behandlung der Placenta praevia. Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte 1896, No. 16.

Die Hauptmittel des Pinard'schen Verfahrens bei der Placenta praevia sind der künstliche Blasensprung und das Einführen des Champetier'schen Ballons.

Digitized by Google

Dieses Verfahren sei gegenüber der meist sofort angewendeten kombinirten Wendung zu empfehlen, um die Prognose für das Kind zu bessern, ohne dieselbe für die Mutter zu trüben.

1. Während der Schwangerschaft. Sobald die Diagnose gestellt ist, stelle man die Längslage der Frucht her. Besteht die Blutung fort, so ist die Blase zu sprengen. Ist es nicht leicht, zu der Blase zu gelangen, so löse man die Placenta auf der Seite des kleineren Lappens, führe mit Kugelzange einen Champetier'schen Ballon ein und fülle denselben. Dadurch würde die Placenta beiseite gedrängt und der Muttermund dilatirt, sodass man mit Zange resp. kombinirter Wendung die Frucht entwickeln kann. Am besten ist es, nach Einführen des Ballons das Weitere den Naturkräften zu überlassen.

2. Während der Geburt sollen dieselben Sätze gelten.

3. Während der Nachgeburtsperiode soll schnell die manuelle Lösung mit nachfolgender heisser Spülung vorgenommen werden.

Pinard habe auf diese Weise 1894 nur 6,8 pCt. Todesfälle der Kinder zu verzeichnen gegenüber 53—64 pCt. anderer Autoren. A. Martin.

H. Thomson, Die Behandlung gynäkologischer Krankheiten mit dem Schwitzapparat von Dehio. Petersb. med. Wochenschr. 1896, No. 23.

Verf. hat gute Erfolge gesehen von dem Gebrauch des Dehio'schen Schwitzbettes bei chronischen und subakuten entzündlichen Affektionen des Uterus und der Adnexe.

Nachteile sollen, von vorübergehendem Herzklopfen abgesehen, der Behandlungsweise nicht anhaften; selbst schwächliche Pat. können ihr schadlos unterzogen werden, nur hochgradige Herzfehler und ein stark erkranktes Gefässsystem bilden eine Contraindikation. A. Martin.

H. Fehling, Ueber die Erkrankungsziffern der Enthindungshäuser. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 27.

Es handelt sich um eine Entgegnung auf den in NNo. 13 und 14 der obengenannten Zeitschrift von Ahlfeld veröffentlichten Aufsatz. F. ist in mehrfacher Beziehung anderer Ansicht und durch seine Beobachtungen zu anderen Resultaten gekommen als Ahlfeld. Vf. fasst diese Differenzen in einigen Schlusssätzen zusammen: Es sei falsch, dass die Infektion von aussen als wesentlicher Faktor für die Entstehung der Wochenbettfieber sich auf eine verschwindend kleine Zahl zurückdrängen lässt und dass die Mehrzahl der Wochenbetterkrankung nicht in Zusammenhang mit der geburtshülflichen Untersuchung gebracht werden könne. Es sei eine falsche Sicherheit, wenn man glaube, durch prophylaktische Ausspülungen die Prognose der Geburt zu verbessern. Vf. rät dem praktischen Arzte, abgesehen von septischen Fällen und Gonorrhoe, auf Scheidenausspülung zu verzichten und möglichst wenig innerlich zu untersuchen. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 17. April. No. 16.

Inhalt: Müller, Physiologische Bedeutung und Chemie des Schleims. — Attarasin und Cavallo, Zur Kenntnis der Coagulation des Blutes. — Berthelot u. André, Ueber Arabinose. — Siegel, Heidenhain, Zur Pathologie der Thymus. — Quénee, Zur Chirurgie des Choledochus. — Schuchardt, Behandlung der Perforationsperitonitis. — Leutert, Ueber die otitische Pyämie. — Robson, Fall von Pyämie bei Mittelohreiterung. — Newman, Ueber maligne Tumoren der Tonsillen. — Refslund, Respirationsstörungen nach Missbildung der Epiglottis. — Yersin, Roux, Ueber die Serumtherapie der Bubonenpest. — Chvostek, Verwertbarkeit postmortaler bakteriologischer Befunde. — Benario, Ueber Citrophen. — Börger, Casuistik der Bromoformvergiftung. — v. Starck, Barlow'sche Krankheit und sterilisirte Milch. — Eichhorn, Diabetes insipidus bei Kindern. — Maetius, Ueber die Durchleuchtung des Magens. — Katz, Neuritis optica und Myelitis acuta. — Seeligmann, Zur Kenntnis der Hirnervenlähmungen. — Adamkiewicz, Ueber heilbare Rückenmarksschwindsucht. — Douglas, Drinkwater, Bemerkenswerte Herpesfälle. — Steindler, Fall von Alopecia totalis neurotica. — Richter, Fall von Vaccinose. — Berliner, Alopecie bei Morbus Basedowii. — Lane, Intravenöse Quecksilberbehandlung bei Syphilis. — Balzer, Zur Behandlung des Schankers. — v. Dittel, Ueber die elastischen Fasern des Uterus. — Witte, Kochsalzinfusionen vom Mastdarm aus. — Piéry, Kohlensäure bei Blennorrhoe der Vagina. — Schweizer, Alexander-Operationen. — Knapp, Ueber die Wanderniere bei Frauen. — Vineberg, Ueber die sogenannte Lactationsatrophie des Uterus.

Fr. Müller, Untersuchungen über die physiologische Bedeutung und die Chemie des Schleims der Respirationsorgane. (Vorläufige Mitteilung.) Sitzungsbericht der Gesellsch. zur Beförderung der ges. Naturwissensch. zu Marburg. 1896, No. 6.

Der erste Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Schutzwirkung, die der der Respirationsschleimhaut anhaftende Schleim gegen Infektionen ausübt. Diese Wirkung scheint sich auf das physikalische Verhalten des Schleims zu gründen. Schüler von M. konnten (in Bestätigung von Angaben Hildebrand's) zeigen, dass Bronchien aus der Lunge gesunder Tiere frei von Keimen sind, und dass Injektionen von Terpenthin, Argentum nitricum-Lösungen oder anderen sterilen reizenden Substanzen sterile Entzündungen hervorrufen. Das wird nicht nur etwa dadurch bedingt, dass der Schleim baktericide Eigenschaft hat; er ist zwar, so lange er nicht

mit eiweissreichen Entzündungsprodukten durchsetzt ist, kein guter Nährboden, doch können Bakterien immerhin auf ihm gedeihen. — Die Schutzwirkung des Schleims versagt, wenn die Atemwege mit Infektionserregern überschwemmt werden, ebenso wenn man durch wiederholte reizende Inhalationen (Osmiumsäure, Formaldehyd, Ammoniak) längerdauernde Entzündungen der Respirationsschleimhaut hervorruft. Dann wandern Mikroorganismen bis in die Lungen.

Weitere Versuche befassen sich nun mit der Chemie des Schleimes. Betreffs der Reindarstellung des Mucins muss auf das Original verwiesen werden; es erwies sich als eiweiss- und phosphorfrei. Er löst sich in Wasser zu einer opalisirenden, sauer reagirenden Flüssigkeit (1 g Mucin braucht 12,5 ccm $\frac{n}{10}$ Natronlauge). Die Lösung wird durch Zusatz von Lauge klar. Es erwies sich bei der Elementaranalyse O-reicher als Eiweiss, doch C und N ärmer. Durch Kochen mit Säuren, am besten mit 3proc. Schwefelsäure, konnte eine reducirende Substanz abgespalten werden, und zwar zu 24—36 pCt. Eine Pentose war es nicht; dagegen wurde eine Hexose gefunden, die jedoch mit keiner der bekannten in allen Reaktionen übereinstimmte. Verf. nennt sie vorläufig Mucose. Durch Darstellung der Benzoylverbindung konnte weiter das salzsaure Salz einer N-haltigen Verbindung dargestellt werden, die auf 6 C-Atome ein N-Atom enthält und wahrscheinlich eine dem Glucosamin analoge Verbindung (= Mucosamin) ist. Durch Behandlung mit Alkalien erhält man das tierische Gummi Landwehr's. Es scheint, dass die reducirende Substanz und das tierische Gummi des Mucins sehr ähnlich ist den analogen Produkten, die man aus Eiereiweiss, Ovarialcystenflüssigkeit, Magen und Darmschleim erhalten kann. A. Loewy.

J. Attarasin et **J. Cavallo,** Contribution de l'étude de la coagulation du sang. Compt. rend. de l'acad. 1896, No. 7.

Pepton, ins Gefässsystem von Hunden gespritzt, macht deren Blut gerinnungsunfähig, die Leukocyten verlieren, wie Verff. angeben, die Fähigkeit, Fibrinferment zu bilden. Spritzt man das filtrirte Extrakt der Leber eines peptonisirten Hundes einem anderen Hunde ein, so geht er in wenigen Augenblicken an ausgedehnten Thrombosen zu Grunde. Die Vff. schliessen daraus, dass die Leber in diesem Falle, was die Fibrinfermentbildung betrifft, vicariirend für die Leukocyten eintrete. A. Loewy.

Berthelot et **G. André,** Recherches sur l'arabinose. Compt. rend. de l'acad. 1896, No. 17.

Im Anschluss an ihre Untersuchungen über die Spaltung der Hexosen haben die Verff. die der Arabinose als Typus einer Pentose studirt, und zwar speziell die Spaltungsprodukte, die durch Wasser und Säuren verschiedener Concentration beim Destilliren und Erhitzen unter Druck erzeugt werden. — Bei Destillation einer dünnen wässerigen Lösung liess sich kein Furfurol nachweisen, dagegen bildete sich dieses fast zur Hälfte der

theoretisch zu berechnenden Menge bei ihrem Erhitzen auf 200°. Umgekehrt fand sich fast kein Furfurol beim Erhitzen von Arabinose in zugeschmolzenen Röhren mit Säuren. Versuche mit Furfurol selbst zeigten, dass dieses beim Erhitzen mit Säuren — durch Polymerisation — verschwindet. Dafür bildeten sich Humussäure und flüchtige Säuren in kleinen Quantitäten. Bei langer Destillation der Arabinose mit Säuren entstanden reichliche Mengen Kohlensäure neben Furfurol. A. Loewy.

---

1) **E. Siegel,** Ueber die Pathologie der Thymusdrüse. Berl. klin. Wochenschrift 1896, No. 40.

2) **Heidenhain,** Tod eines 14jähr. Knaben durch Lymphosarcoma thymicum. Ibidem.

1) S. berichtet über einen Fall, der als der erste geheilte von Thymusatemnot, bedingt durch Hyperplasie der Drüse, zu betrachten ist. Ein $2^1/_2$jähriger, bisher gesunder Junge klagt seit ca. 4 Wochen über dauernde Atemnot; es treten Erstickungsanfälle mit stärkster Cyanose auf. Der im Krankenhaus angelegte Luftröhrenschnitt bessert die Atmung erst, als eine bis zur Bifurkation reichende Kanüle eingeführt wird. Sobald dieselbe wieder wegen Decubitus entfernt wird, stellen sich die Erstickungsanfälle wieder ein. Da an der vorderen Brustwand in der oberen Normalpartie eine kleine Dämpfungszone besteht, wird ein raumbeengendes, die Bronchien komprimirendes Moment im vorderen Mediastinum angenommen. Bei der Eröffnung des vorderen Mediastinalraums von oben her wölbt sich sofort bei jeder Inspiration ein Stück der grau gefärbten Thymusdrüse hervor. Die letztere wird so weit als möglich hervorgezogen und an die Fascie über dem Brustbein angenäht. Am nächsten Tage wird die Kanüle entfernt, die Dyspnoe ist verschwunden; der Knabe kann nach 1 Monat geheilt entlassen werden.

Verf. betont den Unterschied zwischen dem gewöhnlichen Laryngismus stridulus und dem sog. Asthma thymicum, das besser als Tracheostenosis und Bronchostenosis bezeichnet würde.

2) Als Gegenstück ist der Fall von Heidenhain bemerkenswert. Ein 14jähriger Junge bekommt plötzlich nach dem Genuss von kaltem Bier heftige asthmatische Anfälle; fünf Tage später hat sich ein Zustand hochgradigster Dyspnoe entwickelt. Dabei steht der Kehlkopf ruhig; In- und Exspiration sind gleichmässig behindert. Herausziehen der Zunge bessert den Zustand momentan. Nach der Tracheotomie tritt ruhige Atmung ein; trotzdem stirbt der Kranke nach 6 Stunden an Herzschwäche. Die Sektion zeigt das Vorhandensein einer grossen Neubildung, welche die Trachea dicht unter dem Kehlkopf scharf eingebogen hat. Der derbe, grau-weisse Tumor hat Trachea, Bronchien, die grossen Gefässe und das Pericard durch- und umwuchert.

Das Fettgewebe des vorderen Mediastinums und der obere Teil des angrenzenden parietalen Pericards ist in eine bis 3 cm dicke Geschwulstmasse verwandelt. Die Gesammtgeschwulst hat eine Länge von 12 cm, eine Breite und Dicke von je 7 cm.

Die mikroskopische Untersuchung lässt die Diagnose auf ein Lymphosarcoma thymicum stellen.

Der Tod ist wahrscheinlich durch Herzlähmung infolge von Druck des Tumors auf die Vagi eingetreten. M. Rothmann.

---

1) **Quénee,** Étude sur la chirurgie du cholédoque. De l'exploration du cholédoque par la laparotomie exploratrice. De la cholédocotomie sans sutures. Progrès méd. 1895, No. 18/19.

2) **Derselbe,** Note sur l'anatomie chirurgicale du cholédoque à un point de vue chirurgicale. Rev. de Chir. 1895, No. 7.

1) Der gemeinsame Gallengang, zu dessen Auffindung man den oberen Rand des Pankreas bei Operationen zu benutzen pflegt, ist hier viel näher der Mittellinie, als man gewöhnlich annimmt, nämlich nur 20—25 mm entfernt. Man kann den meist 6,5—8 cm langen Gang in 3 Abschnitte teilen, in eine Portio supraduodenalis, resp. retro- und subdnodenalis. Als „point de repère" dient dabei die erste Portion des Zwölffingerdarms, die stets leicht zu finden ist. Der ca. 3 cm lange erste Abschnitt steht in engen Beziehungen zum Foramen Winslowii und den grossen Gefässen der Leberpforte, speziell in seinem Anfang zur A. hepat., welche vorn und und innen von ihm liegt; er wird hier von mehrfachen Lymphdrüsen begleitet. Der zweite, 2—$2^1/_2$ cm lange Abschnitt liegt hinter dem Duodenum und hat deshalb zu Versuchen veranlasst, ihn hier von der Fossa lumbaris zu erreichen nach Lüftung des unteren Nierenpoles, während man die zweite Portion des Dnodenums und des Pankreas nach aussen, die Vena cava nach innen zieht. Der dritte subduodenale Abschnitt, 2,5 cm lang, ist von Pankreasgewebe umgeben, am wenigsten an seinem Ende. Er durchkreuzt vertikal das halbe Rechteck, das die drei Portionen des Duodenums bilden, und ist auch am Lebenden hier leicht abzutasten. Das grösste Kaliber hat übrigens der Duct. choledoch. an seinem Ursprung, er nimmt dann allmählich, in sehr verschiedener und unregelmässiger Weise bis zu seiner Mündung im Divert. Vateri ab. Beigefügt sind 8 sehr kleine Holzschnitte.

2) Aus dem längeren, von 4 ausführlichen Operationsgeschichten mit Epikrisen begleiteten Aufsatz können hier nur die Schlusssätze wiedergegeben werden: 1. Bei jeder über Monate ohne Besserung andauernden Gallenverhaltung muss man den Probebauchschnitt machen und den gemeinsamen Gallengang nach den aus seiner Lage entspringenden Regeln erforschen. — Ist ein Stein erkannt, so hat man seine Entfernung nach vorheriger Incision der Zertrümmerung (mit oder ohne Nadeln) vorzuziehen. — 3. Die typische, ideale Choledochotomie umfasst zwei Zeiten: a) die Incision des Ganges mit Extraktion des Steines und b) den Schluss der Incision durch eine oder zwei Reihen von Nähten. — 4. Wenn die Dicke der Banchdecken, verbunden mit Leberhypertrophie und supraduodenalem Sitz des Steines, die Naht zu schwierig machen, soll man sie unterlassen und eine Gallenfistel anlegen, welche sich schnell spontan schliesst, wofern die Durchgängigkeit des Duct. choledoch. wirklich wiederhergestellt

ist. — 5. Die Operation ist in einer Sitzung zu machen, wenn man das Operationsgebiet genügend isoliren kann, andernfalls, wie ein erfolgreicher Fall Verf.'s darthut, in 2 Sitzungen. P. Güterbock.

C. Schuchardt, Die Behandlung der durch rundes Magengeschwür veranlassten Perforationsperitonitis. Arch. f. klin. Chir. L. S. 613.

Von den beiden in extenso mitgeteilten Fällen Verf.'s betraf der erste ein 21 Jahre altes Dienstmädchen, welches mit Leibschmerzen und Fieber erkrankte und am 11. Tage wegen diffuser Peritonitis des oberen Bauchraumes laparotomirt wurde, ohne dass Verwachsungen bestanden und die Quelle der Entzündung zu ermitteln war, während die Leberdämpfung nicht nur nicht verkleinert, sondern vergrössert war. Da jedoch kein Nachlass des Fiebers, sondern weiterer Kräfteverfall erfolgte, wurde nach 2 Tagen der laparotomische Schnitt vergrössert und nach Trennung einiger Adhäsionen zwischen der vergrösserten Leber und dem Magen kam man auf Flüssigkeit von saurem Geruch und ein erbsengrosses, scharf-rundes Loch in der vorderen Magenwand in der Nähe der kleinen Kurvatur, das nach Erweiterung der äusseren Incision durch einen Querschnitt nach links durch 15—20 Serosa-Nähte geschlossen wurde. Pat. überlebte die Operation nur 18 Stunden, die Autopsie zeigte die Nähte zum Teil durchgeschnitten und die Perforation nicht völlig verschlossen. Subdiaphragmatisch fanden sich Eiteransammlungen, der untere Teil der Bauchhöhle war aber völlig frei, das Bauchfell glatt. Auch in dem zweiten Fall, eine 16jährige Patientin betreffend, liess die Anamnese völlig im Stich. Sie kam, nachdem sie 13 Tage vorher mit heftigem Leibschmerz erkrankt war, wegen Exsudat der Oberbauchgegend zur Operation und entleerte sich Luft mit etwas fäculent riechendem Eiter. Nach Anspacken des grössten Teils des Darms fand man eine Magenperforation von Erbsengrösse an der vorderen Fläche, etwa 3 Querfinger von der grossen Kurvatur, und wurde dieselbe mit 15—20 Serosa-Nähten geschlossen, ausserdem beiderseits je ein circa 20 cm langes dickes Gummirohr der unteren Fläche des Zwerchfells entlang eingeführt. Nach einigen, durch nicht bestätigten Verdacht eines subphrenischen Abscesses verursachten Komplikationen erfolgte Heilung. Auch hier wird ein querer Hülfsschnitt nach links durch die Bauchdecken erforderlich. P. Güterbock.

Leutert, Ueber die otitische Pyämie. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 41. S. 218.

Nach L. ist eine otogene Pyämie ohne Sinusthrombose bis jetzt noch nicht erwiesen; er hält das Vorkommen derselben für sehr unwahrscheinlich, sicher aber für so selten, dass sie diagnostisch nicht in Betracht komme. Die Verschiedenartigkeit der Metastasen bei den nach akuten und chronischen Ohreneiterungen auftretenden Sinusthrombosen finde in der verschiedenen Beschaffenheit der Thromben, je nachdem diese wandständig oder obturirend sind, ihre Erklärung. Deshalb rät Verf., jeden Fall von Empyem des Warzenfortsatzes, welcher nach akuter Ohreiterung auftritt, sofort mit Freilegung des Sinus zu operiren, sobald nach dem akuten Stadium, trotz genügenden Eiterabflusses aus der Pauke, Fieber von 39°

Digitized by Google

und darüber eintritt. In frischen Fällen soll der Erfolg abgewartet werden. Fällt das Fieber am dritten Tage nicht ab, oder treten nach einer fieberfreien Zeit von neuem hohe Temperaturen mit oder ohne Schüttelfrost auf, so sei der Sinus sofort zu eröffnen. Ist der Fall akut, aber nicht mehr ganz frisch, besteht also schon hohes Fieber einige Zeit, besonders aber, wenn zu einer chronischen Eiterung, auch ohne auffällige Warzenfortsatzerkrankung, mehrere Tage anhaltendes hohes Fieber tritt und durch die Lumbalpunktion diffuse Meningitis ausgeschlossen werden kann, so sei bereits bei der ersten Operation der Sinus zu eröffnen. Bei kleinen Kindern dürfe man den diagnostischen Wert hohen Fiebers nicht zu hoch anschlagen, müsse jedoch stets die Diagnose Sinusthrombose im Auge behalten. Die isolirte Thrombose des Bulbus venae jugularis entsteht, nach Verf., meist indirekt durch Mikroorganismen, welche die erkrankte Sinuswand passirt haben und im Bulbus günstige Bedingungen zur Thrombenbildung überhaupt, sowie zum Festhaften an der Intima finden. Auf das Resultat der Probepunktion sei nur dann etwas zu geben, wenn dasselbe positiv ausfällt. Bezüglich der Krankengeschichten, auf welche Vf. die hier mitgeteilten Ansichten stützt, muss auf das Original verwiesen werden. Schwabach.

M. Robson, Mastoid suppuration followed by lateral sinus pyaemia, treated by partial excision of the sinus and ligature of the internal jugular vein in the neck. Lancet 1897, Febr. 6.

Bei dem 37jährigen Pat. wurde zunächst wegen pyämischer Erscheinungen, die im Verlaufe einer chronischen Mittelohreiterung eintraten, die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes gemacht und ein primärer Abscess entleert. Als nach einigen Tagen wieder Schüttelfröste auftraten, wurde der thrombosirte Sinus selbst eröffnet und ausgeräumt und die V. jugularis interna doppelt unterbunden. Nunmehr trat vollständige Heilung ein.
Schwabach.

D. Newman, Remarks on the surgical treatment of malignant disease of the tonsil. Brit. med. journ. 1897, Jan. 2.

Nachdem Verf. über zwei Fälle bösartiger Erkrankung der Mandel gesprochen, die, operativ behandelt, nunmehr 6 Jahre sich wohl befinden, berichtet er über zwei neue, die gleichfalls durch Operation von ihrem Leiden (Carcinom und Epitheliom der linken Tonsille) seit etwa einem halben Jahre befreit sind. Alsdann bespricht er die operative Entfernung durch den Mund, die Ligatur der Carotis ext., die Spaltung des Unterkiefers, die laterale Pharyngotomie und deren Methoden, die präliminare Tracheotomie, die Entfernung der Tonsille mit schneidenden Instrumenten und vor allem die Wichtigkeit einer frühen Diagnose. W. Lublinski.

Refslund, Ueber Respirationsstörungen infolge von Missbildung der Epiglottis. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 48.

Es sind bisher in der Litteratur kaum Fälle erwähnt, in denen bei Rückwärtslagerung oder Missbildung des Kehldeckels Stenosenerscheinungen

auftraten. Nur Küssner hat einen derartigen Fall erwähnt, dem Verfasser einen neuen anreiht. Es handelt sich um ein $2^1/_2$ Monate altes Kind, welches eine so starke maultrommelförmige Missbildung der Epiglottis zeigt, dass diese im laryngoskopischen Bild und später bei der Obduktion rüsselförmig erschien. Ausserdem liess sich die Epiglottis sehr leicht nach hinten umklappen, wodurch der Aditus so verengt wurde, dass heftige Atembeschwerden eintraten. Interessant ist, dass 2 gestorbene Geschwister ebenso geatmet haben sollen. Das Kind starb an einer Pneumonie.

W. Lublinski.

Yersin, Die Serumtherapie der Bubonenpest. Wiener med. Presse 1897, No. 6. — Sur la peste bubonique. Essais de traitement par le sérum antipesteux, à propos d'une note du Dr. Yersin, médecin de 2. classe de colonies, directeur de l'Institut Pasteur de Uha-Traug, par M. E. Roux. Bullet. de l'acad. de méd. 1897, No. 4. — Roux: Sur la peste bubonique et la sérothérapie. Gaz. des hôp. 1897, No. 11.

Während der Epidemie in Hongkong 1894 begann Yersin seine bakteriologischen Untersuchungen der Pest. Bei Pestkranken findet man in den Bubonen stets einen und denselben Bacillus, welcher in besonders schweren Fällen auch während des Lebens ins Blut übergeht. Es ist ein kurzes Stäbchen mit abgerundeten Enden, welches sich mit basischen Anilinfarbstoffen leicht färbt, intensiver an den Enden als in der Mitte, und der sich nach Gram entfärbt. Dieser Bacillus kommt nicht nur bei Pestkranken vor, sondern Yersin fand ihn auch bei Ratten, welche zu Beginn der Epidemie in grosser Anzahl starben. Ratten erkranken auch durch Fütterung, und wenn mehrere Ratten in einem Käfig gehalten werden, so inficirt eine die andere. Der Mikroorganismus konservirt sich auch im Boden; man findet in Pestgegenden im Boden Bacillen, welche dem Pestbacillus vollkommen gleich sind, nur dass sie weniger virulent sind. Vermutlich werden diese Bacillen unter günstigen Umständen virulent, inficiren zunächst die Ratten, dann Haustiere und schliesslich den Menschen. Dieser acquirirt die Krankheit ebenso wie die Tiere, teils durch Wunden, teils vom Darmkanal aus.

Nachdem Yersin den Erreger der Pest entdeckt hatte, machte er eingehende Studien über den Bacillus im Institut Pasteur und ging auch daran, Tiere gegen die Pest zu immunisiren. Nachdem an Kaninchen und Meerschweinchen die ersten Versuche gemacht waren, ging er zu Pferden über. Diesen brachte er erst subkutan, später, um Abscesse zu vermeiden, intravenös Pestkulturen bei. Das Pferd reagirt auf jede Injektion nach 4 bis 6 Stunden mit hohem Fieber, welches mehrere Tage anhält, und ist sehr hinfällig, die Reaktionen werden immer kürzer. Das von einem auf diese Weise immunisirten Pferde gewonnene Serum vermochte, zu $^1/_{10}$ ccm einer Maus 12 Stunden vor der Infektion injicirt, diese vor der Pest zu schützen; wurde es injicirt, 12 Stunden nachdem die Maus inficirt war, so war $1—1^1/_2$ ccm zur Heilung erforderlich.

Als Y. nach Ostasien zurückging, konnte er im Sommer und Herbst vorigen Jahres die Heilwirkung des Serums beim Menschen prüfen. Er behandelte im Ganzen 27 Kranke, von denen 2 starben. Dies ist als ein

ausserordentlicher Erfolg zu betrachten, da sonst 80 pCt. der Erkrankten zu sterben pflegen. Die beiden Patienten, welche starben, kamen erst am 5. Tage in die Behandlung und waren bereits moribund. Auffallend ist, wie schnell sich die Patienten auf eine Seruminjektion hin erholen, auch ist die Rekonvalescenz, welche sonst bei der Pest sehr langsam von statten geht, eine gute. Das bisher angewandte Serum ist im Verhältnis zu dem zur Verwendung kommenden Diphtherie- oder Tetanusserum als ein ausserordentlich schwaches zu bezeichnen, weswegen auch 20—60 ccm Serum zur Heilung erforderlich waren. Trotz dieser enormen Dosen sind üble Nebenwirkungen nie zu verzeichnen gewesen. Die Kranken klagten zuweilen über heftige Schmerzen in der Injektionsstelle, doch gingen dieselben rasch vorüber.

Ob das Serum eine antitoxische oder nur eine antibakterielle Wirkung hat, darüber sind noch nähere Untersuchungen vorzunehmen, nachdem das Pesttoxin genauer bekannt ist. Dass es ein solches Toxin giebt, konnte Y. bereits nachweisen. Nach den Beobachtungen an Tieren ist das Serum wirksamer vor der Infektion, weswegen es zweckmässig sein dürfte, da, wo eine Erkrankung an Pest vorkommt, alle der Ansteckung ausgesetzte Personen präventiv zu impfen. H. Bischoff.

Chvostek, Ueber die Verwertbarkeit postmortaler bakteriologischer Befunde. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 49.

Ch. bespricht ausführlich die einschlägige Litteratur, welche beweist, dass bereits agonal eine Einwanderung von Mikroorganismen in den Körper stattfindet. Gelangen nun aber Bakterien bereits intra vitam in die Blutbahn, so ist dadurch die Möglichkeit der Verschleppung in alle Organe gegeben und es kann aus bakteriologischen Befunden post mortem nicht auf intravitale Lokalisationen geschlossen werden. Es berechtigt daher der kulturelle Nachweis von Bakterien allein nicht, die gefundenen Mikroorganismen in einen causalen Connex mit den vorhandenen pathologischen Veränderungen zu bringen. Und es dürfen für Bakterien, welche normaler Weise im Darm vorkommen, keine anderen Verhältnisse angenommen werden, als für das Bact. coli, bei welchem man sich bereits länger daran gewöhnt hat, es in allen Organen post mortem zu finden. Um daher einen Mikroorganismus als Infektionserreger in einem gegebenen Falle ansehen zu können, ist eine striktere Beweisführung erforderlich. Man wird alle Momente, welche beim Eintritt des Todes bestanden, und die, wie Länge der Agonie, bestehende Cachexie der Gewebe etc., beobachten müssen. Aber auch dann, wenn gewisse Bakterien konstant gefunden werden und histologische Befunde vorliegen, die mit Sicherheit die vorgefundenen Veränderungen als intra vitam entstanden und durch den Mikroorganismus bedingt erweisen, wenn die intravital gemachten Untersuchungen mit den postmortalen übereinstimmen, haben wir nicht ohne Weiteres das Recht, in diesem Mikroorganismus den Infektionserreger zu sehen.

H. Bischoff.

Benario, Ueber Citrophen. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 16.

B. hat bereits im vorigen Jahre ausführliche Mitteilungen über die physikalischen, chemischen und therapeutischen Eigenschaften des Citrophens veröffentlicht; inzwischen gab ihm eine im Sommer 1895 ausgebrochene Typhusepidemie Gelegenheit, das Mittel bei dieser Krankheit in ausgedehntem Maasse anzuwenden. Die Erfolge waren, wie die mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, recht zufriedenstellend. Auch als Antineuralgicum, bei schwerer Ischias, Migräne u. s. w., hat sich das Citrophen gut bewährt, ebenso als Mittel zur Linderung von Menstruationsbeschwerden. Gefährliche Nebenerscheinungen traten nicht auf, unangenehm ist nur mitunter heftiger Schweissausbruch. Die verabreichte Dosis betrug 0,5—1,0 g, und zwar nach Bedarf 2—3mal. K. Kronthal.

Börger, Ein Beitrag zur Casuistik der Bromoformvergiftungen. Münchner med. Wochenschr. 1896, No. 20.

B. schildert nach Aufzählung der bisher bekannten zwölf Fälle von Bromoformvergiftung zwei von ihm selbst beobachtete Fälle, die einen 5-jährigen Knaben und ein 3jähriges Mädchen betrafen; im ersten Falle hatte das Kind 15—20 Tropfen, im zweiten ca. 5 g genommen. In beiden Fällen trat Genesung ein. Das Bild dieser Vergiftung war das schon mehrfach geschilderte: Bewusstlosigkeit, verengerte, kaum reagirende Pupillen, Herabsetzung der Reflexe, Erlöschen der Sensibilität, kleiner, beschleunigter Puls, oberflächliche aussetzende Atmung. Das Bromoform wirkt wahrscheinlich zuerst auf das Grosshirn, dann auf das verlängerte Mark. Bei der Therapie muss sich die Aufmerksamkeit vor allem der Thätigkeit von Herz und Lungen zuwenden. K. Kronthal.

---

v. Starck, Barlow'sche Krankheit und sterilisirte Milch. Münchner med. Wochenschr. 1895, No. 42.

Verf. hält es für zweifellos, dass die Barlow'sche Krankheit in den Kreisen der Säuglinge zugenommen hat, seit die Ernährung mit Dauermilch Eingang gefunden hat. In den letzten 3 Jahren ist die Krankheit unter den mit holsteinischer Dauermilch ernährten Säuglingen 16mal beobachtet worden. Es kann sonach — wie Verf. meint — nicht bezweifelt werden, dass die ausschliessliche Ernährung mit Dauermilch, d. h. einer zum Zweck der Sterilisation längere Zeit auf 100—102° erhitzten und mehrere Tage alten Milch, die Ursache dieser häufigeren Erkrankungen bildet. Der schädliche Einfluss, welchen diese Dauermilch auf die Ernährung der Säuglinge ausübt, ist jedenfalls aus den Veränderungen, welche die Milch in ihren physikalischen und chemischen Eigenschaften durch das hohe Erhitzen und die längere Aufbewahrung erleidet, zu erklären. Aerobe Bakterien, die ja unter gewissen Umständen in der Dauermilch sich entwickeln, können ebensowenig wie Peptone oder Toxine für die Entstehung des Scorbut bei der ausschliesslichen Ernährung mit Dauermilch in Frage kommen; man müsste sonst erwarten, dass bei befallenen Kindern erheblichere Magendarmstörungen dem Ausbruch des Scorbuts vorangegangen wären, was nicht

der Fall ist. Ueber die Art der supponirten, physikalisch-chemischen Veränderungen der Milch müssen erst spätere Untersuchungen Aufschluss bringen. Verf. rät, den Gebrauch der sterilisirten Milch auf die heissen Sommermonate zu beschränken, sonst aber den Säuglingen frische, 10 Minuten lang in einem Milchkocher gekochte Milch zu verabreichen.

Stadthagen.

G. Eichhorn, Ueber Diabetes insipidus im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilkunde. XLII. S. 44.

Ein 10jähriger Knabe, aus neuropathischer Familie und selbst sehr nervös, litt seit seinem 9. Jahre an Polyurie und Polydipsie. Eine mehrtägige Beobachtung ergab, dass er täglich durchschnittlich 3900 ccm Getränk aufnahm und 4700 ccm Harn mit einem spezifischen Gewicht von 1001—1004 ausschied. Der Harn enthielt weder Eiweiss, noch Zucker, noch Formelemente; es handelte sich also um Diabetes insipidus. — Um die Frage zu entscheiden, ob der Durst oder die Polyurie primär wäre, liess Verf. einen gleichalterigen gesunden Knaben 2 Tage lang die gleiche Flüssigkeitsmenge mit dem Diabetiker — 3400 ccm pro die — trinken. Die Harnmenge des Gesunden betrug in den ersten 24 Stunden 3500 ccm, am zweiten Tage nur 1400 ccm, spez. Gewicht 1009, resp. 1011; der Diabetiker schied aus 5700, resp. 4400 ccm mit einem spez. Gewicht von 1003 resp. 1004. Die Harnmenge des Gesunden blieb also beträchtlich hinter der des Diabetikers zurück. — Der Gegenversuch, den Diabetiker auf normale Getränkmenge zu setzen, war nur 12 Stunden lang durchzuführen, weil das Allgemeinbefinden sehr schlecht wurde. Die Polyurie und das spez. Gewicht des Harns wurden durch die Wasserentziehung nicht beeinflusst.

Im Anschluss an diese Mitteilung bespricht Vf. eingehend die ätiologischen Momente, welche für die Entstehung der Krankheit im Kindesalter aus den in der Litteratur veröffentlichten Fällen sich ableiten lassen.

Stadthagen.

F. Martius, Ueber die wissenschaftliche Verwertbarkeit der Magendurchleuchtung. Cbl. f. inn. Med. 1895, No. 49.

M. verwahrt sich mit Entschiedenheit gegen die Behauptungen MEINERT's und KELLING's, dass die Resultate der Magendurchleuchtung einen wissenschaftlichen Wert nur in sehr bedingtem Maasse besässen. Unter Verf.'s Leitung hat MELTZIG eingehende Versuche angestellt, Grösse und Lage des Magens mittelst systematischer Magendurchleuchtung zu bestimmen, Versuche, die über die wissenschaftliche Verwertbarkeit der genannten Untersuchungsmethode keinen Zweifel übrig lassen.

M. hatte endlich noch Gelegenheit, die Brauchbarkeit der Durchleuchtungsmethode des Magens auf vivisektorischem Wege am Menschen zu erproben.

Es handelte sich dabei um zwei Laparotomien behufs Operation des Magenkrebses. In beiden Fällen wurde die grosse Kurvatur des Magens

vorher bestimmt und aufgezeichnet. Beide Male stimmte die vorher festgelegte Zeichnung mit der bei der Operation gefundenen wirklichen Lage und Grösse des Magens gut überein. C. Rosenthal.

K. Katz, Ueber das Zusammenvorkommen von Neuritis optica und Myelitis acuta. Arch. f. Ophthalmol. 1896. XLII. 1. Abteil.

K. beschreibt einen Fall von Myelitis acuta und Neuritis optica, in welchem jedoch anfangs auch cerebrale Erscheinungen, wie Vergesslichkeit, Benommenheit, Schwächeanfälle, auftraten. Die Affektion begann mit Parästhesien und Paralyse der rechten unteren Extremität und führte schon nach 7 Tagen zur kompleten motorischen und sensiblen Paraplegie der Beine, griff dann auf den Rumpf über und zeigte eine hyperästhetische Zone nach oben, Lähmungen der Sphincteren etc. Die Sektion erwies eine multiple Myelitis spinalis, Atrophie der Nn. optici, akuten Milztumor, interstitielle Nephritis etc. Ausser dem beschriebenen Falle teilt K. noch 20 einschlägige Fälle aus der Litteratur mit, in denen eine Neuritis optica bei Myelitis beschrieben ist. In 13 Fällen gingen der Sehstörung (meist rasche Abnahme des Sehvermögens, bald erst des einen, bald beider Augen zugleich) Schmerzen in der betreffenden Stirn- und Kopfhälfte voraus. Nur 2mal waren andere Hirnnerven (Facialis, Hypoglossus, Oculomotorius) miterkrankt. In 19 Fällen kam es zur absoluten Amaurose, einmal fehlte jede Sehstörung; 9mal trat Ausgang in weisse Atrophie ein. Meist war das Lumbal- und Dorsalmark dabei erkrankt. Es dürfte die Neuritis optica bei Myelitis wohl weniger auf eine sekundäre Affektion durch das vasomotorische Nervensystem oder durch ascendirende Meningitis zu erklären sein, als durch ein coordinirtes Zusammentreffen beider Affektionen, die durch ein und dasselbe krank machende Agens hervorgerufen sind. In 4 Fällen von Myelitis cervicalis mit Neuritis optica ging letztere der ersteren voraus und in 15 Fällen der Gesammtzahl war das Gleiche der Fall. In 3 der secirten Fälle lag allerdings eine Meningitis cerebralis und spinalis zugleich vor, doch nur in einem derselben waren andere Hirnnerven an der Basis miterkrankt. In den anderen Fällen waren die Meningen intakt befunden worden. Das häufige Vorausgehen der Neuritis optica, wie die gleichartigen pathologischen Befunde an Rückenmark und Opticus (disseminirte Herde akuter Myelitis, Uebergang von Nervenfasern, blutüberfüllte Gefässe, zahlreiche Lenkocyten, granulirte Zellen etc.) weisen auf eine gemeinschaftliche Noxe und Basis hin, wie etwa bei der multiplen Neuritis, multiplen Sklerose, Tabes etc. Syphilis als Ursache konnte in 10 Fällen sicher ausgeschlossen werden und war in 5 Fällen vorhanden.

S. Kalischer.

R. Seeligmann, Zur Kenntnis der halbseitigen, durch Tumoren an der Schädelbasis verursachten Hirnnervenlähmungen. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk. 1896. VIII. (5/6.)

Im ersten Fall, den S. mitteilt, handelte es sich um metastatische carcinomatöse Prozesse an der Schädelbasis infolge eines primären Lippencarcinoms. Es zeigte sich eine allmählich entstandene Lähmung des Trige-

minus, Facialis und späterhin des Acusticus, Glossopharyngeus, Hypoglossus der linken Kopfhälfte; der Tumor musste vom Keilbein oder Schläfenbein ausgehen und brach zuletzt in die Nase durch (profuses Nasenbluten aus dem linken Nasenloch). Eine kurz vor dem Tode aufgetretene rechtsseitige (gekreuzte) Hemiplegie will S. auf Druckerscheinungen im Pons zurückführen, obwohl allgemeine Drucksymptome fehlten. — Im zweiten Falle begann die Erkrankung mit Tumorenbildung der Halsgegend; es zeigten sich dann neuralgische Schmerzen und Sensibilitätsstörungen im Trigeminusgebiete (links), Ohrensausen links, Abnahme des Gehörs, Protusion des Bulbus, Keratitis neuroparalytica, Doppelsehen, Ptosis links; auffallend in dem Falle war das starke Erbrechen, das bei Abwesenheit anderer Druckerscheinungen auf den Druck der Halstumoren auf den N. vagus oder Sympathicus bezogen wird. Als Ausgangspunkt der Geschwulst ist auch hier die mittlere Schädelgrube anzusehen, und zwar handelt es sich um eine metastatische Geschwulstbildung von den Halstumoren. Von Hirnnervenlähmungen durch Tumoren der Schädelbasis sind ausser diesen beiden Fällen 11 Fälle mit Sektionsbefund und 4 ohne einen solchen beschrieben. Von diesen 17 Fällen betrafen 6 die mittlere Schädelgrube allein, 7 die mittlere und hintere, 2 die hintere Schädelgrube allein. Auffallend oft bleiben der N. vagus und N. accessorius trotz des Sitzes in der hinteren Schädelgrube von der Lähmung frei. Von den Symptomen ist der Kopfschmerz fast immer (14mal) vorhanden gewesen; fast stets fehlt das Erbrechen bei Tumoren der Schädelbasis. Stauungspapille ist nie doppelseitig beobachtet worden, auch einseitige Stauungspapille fehlt fast immer; Atrophie und Entzündung der Papille auf der betroffenen Seite kann zuweilen durch Reiz und Druck auf den Opticusstamm eintreten (lokale Einwirkung). Hemiplegien fehlen fast immer und dauernd, da die Tumoren meist ausserhalb der Dura mater sich flächenhaft ausbreiten. S. Kalischer.

Adamkiewicz, Ueber syphilitische heilbare „Rückenmarksschwindsucht". Wien. med. Presse 1895, No. 4.

A. sucht durch die Mitteilung einschlägiger Fälle wieder Vertrauen in die spezifische Behandlung der Tabes zu erwecken. Er sucht nachzuweisen, dass es eine bestimmte Form des tabischen Symptomenkomplexes mit ihm eigentümlichen klinischen Merkmalen giebt, welche, rechtzeitig antiluetisch behandelt, zu vollständiger Heilung gebracht werden kann. Was A. als tabischen Symptomenkomplex bezeichnet und durch 3 Beispiele erläutert, deckt sich mit dem allgemein üblichen Begriff von Tabes durchaus nicht. Er selbst bezeichnet als „Tabes luetica" eine Erkrankung des Rückenmarks, welche klinisch charakterisirt ist durch atactische Parese, die schnell in Paraplegie übergeht und somit klinisch unter dem Bilde einer kombinirten (bifasciculären) Degeneration des Rückenmarks auftritt. Neben Ataxie, Parese der Extremitäten bestehen Parästhesien, Verlust der Sehnenphänomene. Objektive Sensibilitätsstörungen fehlen meist. Charakteristisch ist ferner die Rapidität, mit welcher die Schwäche der Extremitäten in vollkommene Lähmung übergeht, und die schnelle und vollständige Rückbildung all' dieser Erscheinungen. Der Prozess befällt stets zuerst die

Unterextremitäten, kann aber später auf Blase, Rumpfmuskulatur und selbst die Arme übergreifen. Zuweilen gehen Kopfschmerzen, Pupillendifferenz, Augenmuskellähmungen der Rückenmarkserkrankung voraus. Die Dauer beträgt 4—5 Monate. Anatomisch beruht die Affektion auf einer Erkrankung der Gefässe, welche die Hinter- und Seitenstränge mit Blut versorgen. Bei rechtzeitiger antiluetischer Behandlung geht die Affektion der Gefässe und damit der Zustand der atactischen Parese vorüber. Im entgegengesetzten Falle kommt es zur Entwicklung des chronischen Infarctes (interstitielle Bindegewebswucherung längs den von der Pia einstrahlenden Gefässen) mit seinen irreparablen Lähmungen. Die Erkrankung unterscheidet sich klinisch wesentlich von der Erb'schen Spinalparalyse luetischen Ursprungs. S. Kalischer.

---

1) **C. E. Douglas,** A case of bilateral herpes zoster of the fifth pair. Brit. med. journ. 1895, April 13.

2) **H. Drinkwater,** Remarks on a case of herpes of unusual distribution. Ibidem.

1) Das Merkwürdige des Falles besteht in der Doppelseitigkeit der Affektion bei einem 18jährigen Patienten. Die Erkrankung setzte mit Allgemeinbeschwerden ein, Fieber war nicht vorhanden. Die linke Seite war stärker befallen. Die Bläschengruppen entwickelten sich am oberen und unteren Augenhöhlenrand, an den Nasenflügeln, der (behaarten) Oberlippe, an der Ohrmuschel, am Kinn, den Wangen und am Halse. Bevor es zur Eruption kam, waren die Schmerzen am heftigsten. Die Abheilung geschah in der gewöhnlichen Zeit.

2) Nach prämonitorischen Schmerzen am Halse und Nacken traten bei einer 22jährigen Patientin Herpesbläschen an der seitlichen Hals-, Maxillar- und Parotidengegend auf (Plexus cervicalis, N. auricularis magnus). Der Verfasser hält die Affektion für ausgehend vom obersten Cervicalganglion, welches zu den ersten vier Halsnerven Beziehungen hat. Der Vf. weiss sodann von der wunderbaren Wirkung einer Camphertherapie zu berichten (er gab 3mal täglich 5,0 Spir. camphor.). M. Brasch.

L. Steindler, Alopecia totalis neurotica. (Aus der Abteil. des Prof. Mracek an der Krankenanstalt Rudolf-Stiftung in Wien.) Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 48.

Bei dem 22jähr. aus sehr nervöser Familie stammenden Mädchen hatte der Ausfall des sehr dichten und langen Kopfhaares im 10. Lebensjahre, im Anschluss an die erste Periode, unter heftigen Kopfschmerzen begonnen. Kurz darauf bekam die Pat. nach andauernder Cephalalgie und wiederholtem Nasenbluten einen Anfall von Bewusstlosigkeit, Tobsucht und Krämpfen, gelegentlich dessen sie in einer Nacht sämmtliche Haare des Körpers verloren haben soll, und blieb 10 volle Jahre, während deren alle nervösen Erscheinungen sistirten, gänzlich kahl. Dann stellte sich unter Jucken und Knötchenbildung ausschliesslich am Kopfe spärlicher Haarwuchs ein, der aber unter erneuter heftiger Migräne und grosser Reizbarkeit rasch wieder verloren ging. In der letzten Zeit beginnen die Haare

am Kopfe und auch in den Achseln, an den Genitalien, sowie die Wollhaare abermals zu wachsen, die längsten von ihnen, am Hinterhaupte, erreichen eine Länge von 15—20 cm. Einzelne fast symmetrische und teilweise der Ausbreitung von Hautnerven entsprechende Partien sind noch kahl. Die Fingernägel zeigen trophoneurotische Veränderungen (Trübung, Längs- und Querleisten, Tüpfelung). Die Untersuchung des Nervensystems ergab keine wesentlichen Anomalien. H. Müller.

G. Richter, Ein Fall von reichlicher Entwicklung von Vaccinepusteln auf dem Boden eines Kopf- und Gesichtseczems. (Aus der niederösterreich. Landes-Findelanstalt.) Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 44.

Es handelte sich in dem Falle nicht um eine Autoinoculation, vielmehr war die Vaccinelymphe auf die durch ein Eczem der Epitheldecke beraubte Kopf- und Gesichtshaut des 7 Monate alten ungeimpften Mädchens von den Pusteln eines anderen, mit Erfolg geimpften Kindes übertragen worden. Hals, Rumpf und Extremitäten zeigten sich vollständig frei, während das geschwollene Gesicht und die Kopfhaut mit etwa 300, zum Teil confluirten, wo sie einzeln standen, deutlich den Charakter von Vaccinepusteln in den verchiedensten Stadien tragenden Efflorescenzen bedeckt waren. Das Kind ging an einem chronischen Enterokatarrh zu Grunde. Verf. schlägt vor, derartige rein lokale Ausbrüche zahlreicher Impfpusteln auf nicht intakten Hautpartien infolge direkter oder indirekter Uebertragung des Vaccinekontaginms als Vaccinia oder Vaccinose zu bezeichnen, im Gegensatze zu der „geueralisirten Vaccine", bei welcher eine allgemeine Eruption gleichsam von innen heraus durch das im Blute kreisende Virus auf der vorher unversehrten Haut hervorgerufen wird.
H. Müller.

C. Berliner, Morbus Basedowii und totale Alopecie. (Vortrag, gehalten auf der Naturforscherversamml. in Frankfurt a. M.) Monath. f. prakt. Dermat. XXIII. No. 11.

Verf. berichtet über drei Fälle, in denen eine totale Alopecie neben Morbus Basedowii bestand. Den einen hat er selbst beobachtet, die beiden anderen sind ihm von Julius Kohn und von Unna mitgeteilt worden.
H. Müller.

J. E. Lane, The treatment of syphilis by intravenous injections of mercury. Brit. med. journ. 1896, Dec. 12.

Verf. benutzte zu den intravenösen Quecksilberinjektionen, deren er bei 70 syphilitischen Männern über 1000 gemacht hat, das Hydrarg. cyanatum in 1 proc. Lösung, von der er täglich 1,25 g in die nach Constriction des Oberarms am deutlichsten hervortretende Vene der Ellenbenge, meist die Mediana basilica, einspritzte. Nach seiner Erfahrung sind die Injektionen vollkommen schmerz- und gefahrlos und haben eine sehr sichere und namentlich schnelle Wirkung. Veränderungen an den Venen liessen sich selbst nach zahlreichen Einspritzungen (der eine Pat. hatte an jedem Arm 23 bekommen) nicht konstatiren und auch das gelegentliche

Verfeblen des Gefässlumens und die Injektion in das Unterhautgewebe blieb ohne missliche Folgen. Bisweilen, namentlich bei Frauen, wird das Verfahren dadurch unmöglich, dass es nicbt gelingt, die Venen genügend prominent zu machen. H. Müller.

F. Balzer, Die Behandlung des phagedänischen Scbankers mittelst dauernder Irrigation mit einer heissen Lösung von Kalium permanganicum. Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIII. No. 11.

Verf. sah bei hartnäckig jeder anderen Bebandlung trotzenden phagedäniscben Scbankern, sowie auch bei einfachen Bubonen mit cbronischer Eiterung besonders gute Erfolge von Irrigationen mit einer auf etwa 45° erhitzten Lösung von Kalium permanganicum (1 : 1000). Dieselben werden täglich 2—4 Stunden angewendet, in der Zwischenzeit wird mit Jodoform, Höllensteinsalbe oder dergl. verbunden. Die Irrigationen sind, wenn sie länger als 2 Stunden fortgesetzt werden, oder wenn man eine stärkere Lösnng benutzt, recbt schmerzhaft. H. Müller.

L. v. Dittel, Ueber die elastischen Fasern der Gebärmutter. Wien. klin. Rundschau 1896, No. 26/27.

Verf. nimmt in Uebereinstimmung mit Dührssen eine typiscbe Verteilung der elastischen Fasern in der Gebärmutter an, in der Weise, dass der Cervix nnd hier wiederum die Portio vaginalis den grössten Reichtum an elastischen Elementen aufweist, dass letztere im unteren Abschnitt des Corpns schon bedeutend spärlicher werden und sich im Fundus hanptsächlich nur unter dem peritonealen Ueberzug und den Gefässen auffinden lassen. A. Martin.

E. Witte, Die Resorptionsfähigkeit des Dickdarmes in gynäkologischer Beziehung. D. med. Wochenschr. 1896, No. 29.

Verf. empfiehlt die Eingiessung von Kochsalzlösungen in den Mastdarm, an Stelle der des Unterhautzellgewebes, bei gefahrdrohenden Zuständen innerer Blutungen, und zwar vor und nach der blutstillenden Operation. Ferner empfieblt Verf. diese Eingiessungen bei allen von oben her Laparotomirten, um den Saftverlust vor nnd während der Operation vom Mastdarm her möglichst schnell auszugleicben. Das subjektive und objektive Befinden der Laparotomirten soll durch diese Eingiessungen wesentlich gebessert werden. A. Martin.

M. Piéry, De l'emploi de l'acide carboniqne à l'état naissant dans le traitement de la blennorbagie chez la femme. Gazette hebdom. 1896, No. 56.

Gegen die blennorrhoischen Erkrankungen der Scheide lassen sich die therapeutischen Eigenschaften der Kohlensäure im Status nascendi in Gestalt von Pnlvern aus 7 Teile Natr. bicarb., 6 Teile Weinsteinsänre anwenden. Entweder in Säckcben eingenäht in die Scheide eingeführt, öfter wieder-

Digitized by Google

holt, oder direkt als Pulver verwandt, bezw. als Vaginalkugeln. Erfolge sind bisher nur bei blennorrhoischen Vaginiten und Vaginismus, nicht aber bei Metriten, Salpingiten, blennorrhoischen Urethriten zu verzeichnen.

A. Martin.

A. Schweizer, Ueber Alexander-Operationen. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte 1896, No. 17.

Sch. berichtet über das Resultat von 10 Alexander-Operationen; von denselben sind 5 vor $2^1/_2$—$3^3/_4$ Jahren ausgeführt, 5 vor nur ganz kurzer Zeit bis vor $^1/_2$ Jahr. Das Resultat war — auch nach obengenannter Zeit — ein gutes, der Uterus lag in Anteversionsstellung. Ein Recidiv trat in einem Falle ein, bei dem $2^1/_2$ Jahre nach der Operation eine normale Geburt erfolgte. Alle operirten Fälle betrafen mobile Retroflexionen, in denen sich Massage und Pessarbehandlung als unzureichend erwiesen hatten.

A. Martin.

L. Knapp, Klinische Beobachtungen über die Wanderniere bei Frauen. Prager Zeitschr. f. Heilkunde. 1896. XVII. S. 189.

Verf. entwirft ein sehr ausführliches Bild von den klinischen Erscheinungen der Wanderniere; ihrer ätiologischen Momente stellt er eine überaus grosse Zahl zusammen; fast alle sind chronischer Natur, während die akut einwirkenden Traumen weniger als prädisponirend angesehen werden. Den mannigfachen Entstehungsursachen entspricht ein umfangreicher Symptomenkomplex. Von den vagesten Klagen ansteigend bis zu den präzisesten Schmerzensäusserungen giebt es kein Uebel, welches nicht mit einer Wanderniere in Connex gebracht werden könnte. Die vom Verf. geführte Statistik beläuft sich auf 5 pCt. und hält damit ungefähr die Mitte zwischen dem geringsten und grössten Prozentsatze. Der Differentialdiagnose wird in dem kleinen Werke eine grosse Sorgfalt gewidmet. Bei Besprechung der Therapie schliesst sich Verf. auf Grund seiner Beobachtungen den Anhängern der konservativen Behandlung der Wanderniere mittelst Bandagen an.

A. Martin.

H. N. Vineberg, A contribution to the study of lactation-atrophy of the uterus. Americ. journ. of med. sc. 1896, July.

Auf Grund einer grossen Zahl von Ammenuntersuchungen schliesst sich Vf. der Ansicht Thorn's an, dass die sog. Lactationsatrophie des Uterus ein normaler Zustand ist. Dieselbe soll in keinem Fall mit Anämie zusammenhängen, vielmehr findet man häufig bei Anämischen eine Subinvolution des Uterus, nach deren Beseitigung und Hervorrufen einer Hyperinvolution die Anämie und Beschwerden vorübergehen. Die anatomische Ursache der Lactationsatrophie besteht in einer Retraktion der einzelnen Muskelzellen, wodurch eine Verkleinerung des ganzen Organismus hervorgerufen wird.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Hirschfelder

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

für die

medicinischen Wissenschaften.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 24. April. No. 17.

Inhalt: Ludwig, Ueber den Einfluss des Karlsbader Wassers auf den Stoffwechsel. — Schultz, Fettgehalt des Blutes beim Hungern. — Saillet, Ueber das Urospectrin. — Coley, Wirksamkeit des Erysipels und Bacillus prodigiosus bei malignen Tumoren. — Haberkraut, Ueber die Erfolge von Magenoperationen. — Grunert, Ueber die operative Entfernung des Steigbügels. — Hofer, Carbolsäure-Injektionen bei Tonsillitis. — Zinn, Parachlorphenol bei Tuberkulose des Kehlkopfs. — Behring, Antitoxintherapeutische Probleme. — Winkler, Zur Wirkung des Amylnitrits. — Marfan, Fall von Fütterungstuberkulose beim Kind. — Rosenheim, Beiträge zur Oesophagoskopie. — Hirschfeld, Ueber Acetonurie bei Diabetes. — Gernsheim, Galvanische Behandlung von peripherer Lähmung. — Bailey, Fälle von Rückenmarkstumoren mit schmerzlosem Verlauf. — Oppenheim, Elektrische Reizung der ersten Dorsalwurzel beim Menschen. — Dehio, Ueber Erythromelalgie. — Eskridge und Rogers, Traumatische Hämorrhagie im Centrum ovale. — Koch, Zur Lehre vom akuten erythematösen Lupus. — Tandler, Ueber Pityriasis rosea. — Freeland, Zur Theorie des Geburtsmechanismus. — Schäffer, Ferripyrin als Haemostaticum. — Tait, Perforation des Uterus mit der Sonde.

V. Ludwig, Ueber den Einfluss des Karlsbader Wassers auf den Stoffwechsel. Cbl. f. inn. Med. 1896, No. 45/46.

Verfasser bestimmte in einem neuntägigen Versuche an sich selbst, während dessen er quantitativ und qualitativ gleichmässige Nahrung zu sich nahm, pro Körperkilo 47 Calorien pro Tag, Gesammtstickstoff, Alloxurkörperstickstoff, Harnsäure, Chloride, Phosphorsäure nach den massgebenden Methoden, zugleich auch die N-Ausscheidung im Kot.

Die Ausnutzung der Nahrung war in der Vor- und Trinkperiode normal; die Gesammtstickstoffausscheidung änderte sich nicht, ebensowenig der Phosphorsäurestoffwechsel. Die Alloxurkörperwerte sind wenig vermehrt (0,551 : 0,625 g pro die), wie man es schon durch Aufnahme von gewöhnlichem Wasser sieht; die Harnsäure ist fast identisch: 0,386 : 0,405 g pro die.

Eine zweite Stoffwechselreihe bei einem anderen gesunden Manne ist etwas gestört durch zeitweilig in der Trinkperiode auftretende Diarrhoeen

Digitized by Google

und durch Erhöhung der Eiweissration am sechsten Versuchstage. Auf ersteres ist wohl die in der Trinkperiode viel schlechtere Ausnutzung der Nahrung im Darm zurückzuführen (N-Verlust 7,56 : 18,29 pCt.). Eigentümlich ist ein in der Trinkperiode vorhandenes Auf- und Abschwanken der Stickstoffausscheidung von einem Tage zum andern, was sich in ähnlicher Weise in der Phosphorausscheidung ausspricht. Der Alloxurkörperstickstoff ist in diesem Versuche geringer an den Trinktagen, als in der Vorperiode (0,392 : 0,482), während die Harnsäure ungeändert ist.

Abweichend verhält sich von der ersten Versuchsreihe die Phosphorsäureausscheidung durch den Harn, da sie der N-Ausscheidung nicht parallel geht, sondern hinter ihr zurückbleibt; dagegen wächst die durch den Darm erheblich. Verfasser fasst sie als aus organischen Molekülen stammend auf, die als Nucleinverbindungen vom Darm abgesondert werden. Als Ursache der Steigerung sieht er die vorerwähnten Diarrhoeen an.

A. Loewy.

Fr. N. Schultz, Ueber den Fettgehalt des Blutes beim Hunger. Pflüger's Archiv. LXV. S. 299.

Von dem Gedanken ausgehend, dass das im Körper aufgestapelte Reservefett nicht dort verbrennt, wo es abgelagert ist, sondern in den den Lebensvorgängen dienenden Zellen, in diesem Falle aber auf dem Blutwege dorthin transportirt werden muss, hat Verf. auf Anregung Pflüger's die Blutfette im Beginne und nach längerem Hunger quantitativ bestimmt. Zunächst hat sich herausgestellt, dass man auch aus dem Bluttrockenrückstande die Fette nicht vollkommen durch einfache Aetherextraktion entfernen kann, sondern nur durch Verdauung desselben mit Pepsinsalzsäure. Durch einfache Extraktion mit Aether wurden in 2 Versuchen nur je 21 bezw. 24 pCt. erhalten.

Die nach dem Verdauungsverfahren gewonnenen Blut-Fettmengen betrugen für das normale, resp. nur 12—24 Stunden hungernde Kaninchen ca. 0,25 pCt., für Tauben 0,5—0,6 pCt. Bei längerem, noch nicht zu vollkommener Erschöpfung des vorhandenen Fettvorrates führendem Hunger ist seine Menge gesteigert bei Kaninchen bis auf 0,44 pCt. (= Steigerung um 83 pCt.), bei Tauben auf 1 pCt. (= 100 pCt. plus). Das beweist direkt, dass das aufgestapelte Fett nicht an Ort und Stelle verbrannt wird.

A. Loewy.

Saillet, De l'urospectrine (ou urohématoporphyrine normale) et de la transformation en hémochromogène sans fer. Revue de médecine 1896, No. 7.

Verf. hatte früher mitgeteilt, dass er ein dem Hämatoporphyrin analoges Pigment im Urin gefunden habe und giebt nun Nachricht über die Gewinnung desselben. Der mit Eisessig angesäuerte Urin wird mit gleichem Volum Essigäther geschüttelt, der Farbstoff geht in ihn über. Normal sauren Urin kann man ev. direkt mit Essigäther ausschütteln. Zur Entfernung der in den Essigäther übergegangenen Pigmente schüttelt man ihn mit salzsaurem Wasser (5 : 100) aus. Hat man bei rotem Licht gearbeitet, so

hat man im Auszug nur Urospectrin; bei Licht, besonders Sonnenlicht, ist mit dem Urospectrin zugleich Urobilin übergegangen, das sich nach Verf. in dem dem Licht ausgesetzten Urin erst aus seinem Chromogen bildet. — Urospectrin ist in Petroläther unlöslich, in Wasser und Chloroform fast unlöslich, in Essigäther und Aether nur etwas löslich, mehr in Alkohol, leicht in Essig-, Oxalsäure, Mineralsäuren und Alkalien. In Säuren gelöst, sieht es rubinrot aus mit drei Absorptionsstreifen, in Alkohol und den Aethern rosa mit fünf Streifen, in Alkalien noch gesättigter rosa mit vier Streifen.

Durch längeres Kochen mit schwach ammoniakalischem Wasser geht es in Hämochromogen über, das nur noch in Eisessig und Alkalien löslich ist und nur zwei Absorptionsstreifen zeigt.

Aus weiteren Versuchen scheint hervorzugehen, dass auch das Urospectrin zum grossen Teil als Chromogen im Urin ist, nur zu einem Viertel ungefähr als Pigment. Die Menge unterliegt individuellen Schwankungen; für 24 Stunden werden ungefähr 2—11 mg ausgeschieden. A. Loewy.

W. B. Coley, The therapeutic value of the mixed toxins of the streptococcus of erysipelas and bacillus prodigiosus in the treatment of inoperable malignant tumors. Americ. journ. of the med. sc. 1896, Sept.

Nachdem Vf. zuerst die lebenden Bouillonkulturen des Erysipelcoccus zur Behandlung der malignen Tumoren benutzt hatte, verwandte er weiterhin nur die Toxine, zuerst nach Abtötung der Kulturen bei 100 Grad C., dann nach Filtrirung durch ein Kitasato-Filter. Um die Wirkung der Toxine zu erhöhen, ging er endlich dazu über, die Toxine des Erysipelcoccus und des Bacillus prodigiosus zusammen nach einstündiger Erhitzung der Kulturen auf 58—60° C. und ohne Filtration zu injiciren. Die Virulenz der Originalkulturen wurde durch das Passiren einer Reihe von Ratten stets wieder auf die alte Höhe gebracht.

Die Behandlung wurde mit sehr kleinen Dosen begonnen und die letzteren bis zur Fieberwirkung gesteigert. Es wurde im Allgemeinen täglich subkutan injicirt und bei sichtbarer Besserung die Behandlung 3—4 Monate fortgesetzt.

Verf. legt sich folgende Fragen vor:

1. Haben die Toxine einen antagonistischen oder wohlthätigen Einfluss auf bösartige Geschwülste?

2. Wenn dem so ist, bei welchen Tumorarten ist dieser Einfluss am deutlichsten?

3. Ist diese Wirkung eine dauernde oder nur eine vorübergehende?

Behandelt wurden 94 Sarkome, davon 52 Rundzellen-, 14 Spindelzellen-, 7 melanotische Sarkome, 2 Chondrosarkome und 8 ohne bestimmten Typus, ferner 63 Carcinome (einschliesslich Epitheliome), 31 der Brust, 3 des Uterus, 4 der Wange, 1 des Sternums, 4 der Zunge, 3 des Nackens, 3 des Rectums, 2 der Lippe und 10 Fälle von Sarkom oder Carcinom, endlich 8 andere Geschwülste.

Von den Sarkomen zeigten 45 Fälle grössere oder geringere Besserung; am wirksamsten war die Behandlung bei den Spindelzellensarkomen, am

unwirksamsten bei den melanotischen Geschwülsten. Die Erfolge bei den Carcinomen stehen allerdings weit hinter den bei den Sarkomen erzielten zurück, doch wurden zweifellos beträchtliche Besserungen erreicht. In 2 Fällen schwanden die Tumoren völlig und die Patienten sind seit $1^3/_4$ und 1 Jahr gesund. Vf. glaubt, dass bei den Carcinomen die Toxinbehandlung besonders am Platze ist, um nach primären Operationen Recidive zu verhüten.

Was nun die Frage betrifft, ob eine dauernde Heilung maligner Tumoren durch die Toxine erzielt werden kann, so verfügt Verf. bereits über 4 durch genaue mikroskopische Untersuchung sicher als Sarkome diagnosticirte Fälle, die $2^1/_2$—$4^1/_2$ Jahre nach der Behandlung ohne jedes Recidiv geheilt geblieben sind. In dem ältesten dieser Fälle wurden lebende Erysipelkulturen zur Behandluug verwandt. Verf. berichtet dann genauer über 18 Fälle von inoperablen Sarkomen und Carcinomen, die von ihm mittelst der Toxinbehandlung teils geheilt, teils wesentlich gebessert wurden, in den meisten Fällen unter Mitteilung der mikroskopischen Untersuchung. Im Anschluss daran werden 16 von anderen Chirurgen erfolgreich mit Toxinen behandelte Fälle zusammengestellt, die allerdings noch zu frisch sind, um ein endgültiges Urteil über die Dauer der Heilung zu gestatten.

Verf. fasst seine Erfahrungen in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Die gemischten Toxine des Erysipels und des Bac. prodigiosus üben einen spezifischen Einfluss auf maligne Tumoren aus, der in einer Reihe von Fällen eine heilende Wirkung entfaltet.

2. Dieser Einfluss ist in den meisten Fällen von Carcinom schwach, sehr ausgeprägt beim Sarkom, am stärksten bei der Spindelzellenform.

3. Der Einfluss der Toxine ist nicht nur ein lokaler, sondern ein allgemeiner.

4. Nur bei inoperablen Fällen oder zur Verhütung von Recidiven nach einer Operation sollten die Toxine angewandt werden.

5. Je virulenter die Kulturen, um so besser sind die erzielten Resultate.

M. Rothmann.

Haberkraut, Ueber die bis jetzt erzielten unmittelbaren und weiteren Erfolge der verschiedenen Operationen am Magen (Resectio pylori, Gastroenterostomie und Pyloroplastik). Archiv f. klin. Chir. LI. S. 484, 681.

Die von einer kurzen Aufführung der einzelnen einschlägigen Fälle und zahlreichen litterarischen Angaben, einer grossen Reihe tabellarischer Uebersichten und einer historischen Einleitung begleitete statistische Arbeit Verf.'s erschöpft den von der Magenchirurgie Ende 1894 eingenommenen Standpunkt. Von wichtigeren neueren Erscheinungen ist hauptsächlich nur der Murphy'sche Knopf unberücksichtigt geblieben. Bei den Erfolgen der Resectio pylori hat man die typische, totale (cirkuläre) von der atypischen (mit Gastroenterostomie kombinirten) und von der partiellen Operation zu scheiden und ausserdem Resektionen anderer Teile der Magenwand besonders zu berücksichtigen. Bei der typischen Resectio pylori schwanken in den einzelnen Jahrgängen von 1893—1894 die Gesammtmortalitäten zwischen 54 und 80 pCt. Nach den einzelnen Autoren zusammengestellt, ergaben sich auf 359 Fälle 51 pCt. †, davon beim Carcinom 54,4 pCt.,

beim Ulcus ventriculi 40 pCt. Die Mortalität von 51 pCt. kommt der von BILLROTH erzielten Sterblichkeit von 53,6 pCt. am nächsten. Verf. selbst berechnet für 207 Carcinom-Fälle 114 (55 pCt.) †, oder bei Ausschluss zweifelhafter Fälle 56,7 pCt. † und 93 Heilungen, für 32 gutartige Stenosen 11 (34,4 pCt.) † und 21 Heilungen. Eine neuerliche Abnahme der Mortalität, wie sie schon HAHN, ZELLER u. A. betonten, hat auch Verf. gefunden. Teilt man die von 1881—1894 verrichteten typischen Pylorus-Resektionen in zwei siebenjährige Serien, so betrug in der ersten die Gesammtmortalität 62,8 pCt., in der zweiten 45,1 pCt. Für Carcinom-Fälle lauten diese Zahlen 65,4 und 42,8 pCt., für gutartige Stenosen 42,8 und 27,7 pCt. Auffallend sind die Unterschiede einzelner Jahresergebnisse: 1882 starben alle 13 wegen Carcinom Operirten, 1893 kamen die betr. 8 alle durch. Die allgemeine Ansicht, dass mehr Frauen denn Männer genesen, bestätigt Verf., indem von jenen nur 52,8, von diesen 64,3 pCt. starben. Von den verschiedenen Krebsformen bietet den günstigsten Erfolg, soweit die Kleinheit der Gesammtzahlen hier ein Urteil gestattet, der Colloidkrebs, doch soll derselbe die schnellsten Recidive bieten (v. HACKER). Was die Fernresultate der Pylorusresektion bei Carcinom betrifft, so sind leider nur 51 Fälle zu verwerten. Unter diesen sind 26 später gestorben, und zwar 17 innerhalb eines Jahres. Bei 12 sind Recidive in einem Zeitraum von $1^1/_2$—13 Monaten aufgetreten. Einzelne Patienten gingen nachträglich an Narbenstenose zu Grunde. Von den 21 Fällen, welche zur Zeit ihrer Veröffentlichung noch am Leben waren, ist die seit der Operation verstrichene Zeit nur bei 4 eine 3 und mehr (in maximo 8) Jahre betragende und Rückfälle sicher ausschliessende. Der Grund der häufigen Recidive ist die Unsicherheit, mit der man bei Pyloruskrebs über die Grenze der Erkrankung ist. Man soll nicht einen, sondern einige Centimeter entfernt von der makroskopischen Grenze der Geschwulst operiren. Die wirklich operablen Magenkrebse sind thatsächlich, namentlich wenn man die Existenz von die Operation behindernden Verwachsungen berücksichtigt, in der Minorität, wenngleich die hierhergehörigen Angaben der Autoren zwischen 9,6 pCt. (RYDYGIER) und 37,7 pCt. (GUSSENBAUER) schwanken. Ausserdem kommen viele Magenkrebskranke entschieden viel zu spät zur Operation, so dass man die Besserung der Statistik in der Neuzeit darauf zurückzuführen hat, dass man allmählich mehr und mehr die ungünstigeren Fälle von radikalen Eingriffen ausschliesst. Man hat vielfach für den Ausgang als massgebend die Verwachsungen angesehen und hat Verfasser von diesem Gesichtspunkt aus 66 Resektionen verwertet. Es zeigte sich, dass von den Carcinomen mit Verwachsungen 72,7, von denen ohne 27,2 pCt. starben. Von 22 Fällen mit Verwachsungen des Pankreas heilten nur 6, von 9, die mit dem Colon transversum allein oder gleichzeitig mit dem Pankreas adhärent waren, keiner.

Von nur geringer ziffermässiger Bedeutung ist bis jetzt die atypische (mit Gastroenterostomie complicirte) Pylorus-Resektion (20 Fälle mit † 8) und die partielle, bei rundem Magengeschwür angezeigte Resektion (15 Fälle mit † 7). Viel wichtiger ist die Gastroenterostomie, von der 388 Fälle 41,5 pCt. Mortalität, nämlich 43,5 pCt. beim Krebs und 25,5 pCt. beim Ulcus boten. Die Resultate der einzelnen Chirurgen

schwanken auch hier erheblich, von 12,5 (LÜCKE) bis 50 pCt. (BILLROTH). Auch hier gestalten sich die neueren Operationen günstiger. Die ersten 7 Jahre der Zeit von 1881—1894 bieten 55,9 pCt., die letzten 7 Jahre dagegen nur 34,3 pCt. Von 117 männlichen Operirten starben 59 (50,4 pCt.), von 96 Weiberu 36 (35,4 pCt.). Grössere Sterblichkeitsunterschiede zwischen der ursprünglichen Wölfler'schen Operation und der v. Hacker'schen Methode bestehen nicht; doch ist es nicht unwahrscheinlich, dass letztere in funktioneller Hinsicht die überlegenere ist, da das eingeheftete Jejunum keinen Druck auf den Querdarm ausübt, galliges Erbrechen hier seltener vorkommt, Spornbildung vermieden wird und die Magenthätigkeit mehr den physiologischen Voraussetzungen entspricht. Die Fernresultate der Gastroenterostomie sind mit denen der Pylorus-Resektion als gleichwertig aufgefasst worden, und zwar weil in früheren Jahren dieser vielfach nur für jene geeignete Fälle unterworfen worden sind. Thatsächlich dauerte von 58 Fällen von Gastroenterostomie die Heilung bei 12 länger als ein Jahr, und wenn man von einem von HAHN Operirten absieht, bei keinem länger als 2 Jahre, wogegen von 47 geheilten Pylorusresektionen 22 länger als 1 und 12 länger als 2 Jahre lebten. Verhängnisvoll ist bei einigen (im Ganzen 6) Gastroenterostomien gewesen, dass eine zu tiefe Dünndarmschlinge eingepflanzt wurde. Man soll daher nach HAHN stets diejenige Dünndarmschlinge wählen, welche nach Aufhebung von Netz und Quercolon unter dem, mittelst der beiden ersten Finger der rechten Hand aufzusuchenden, der Wirbelsäule aufliegenden Teil des Pankreas von rechts nach links zieht.

Von Pyloroplastik hat Vf. bis 1894 51 Fälle mit † 11 (21,5 pCt.) finden können. Unter 44 derartigen Operationen war in 37 Narbenstenose (14mal durch Verätzung entstanden) und in 7 Ulcus rotundum Anzeige. Die Pyloroplastik ist leider nur in einem Teil der Narbenstenosen anwendbar, namentlich nicht dort, wo eine mehr als 8 cm lange Incision in den Magen nötig ist. Nicht so gute, unmittelbare und entfernte Erfolge giebt die stumpfe Dehnung nach LORETA; 33 Fälle zeigten † 12 (38,7 pCt.), ausserdem sind einzelne Fälle recidivirt; LORETA selbst musste bei 2 Pat. die Operation wiederholen.

In einem Schlusskapitel giebt Verf. eine vergleichende Betrachtung der verschiedenen Magenoperationen. Auf ihren Ausgang hat im Allgemeinen weniger das Alter als der Kräftezustand der Patienten Einfluss, wenngleich sowohl bei Resectio pylori, als auch bei Gastroenterostomie jenseits des 60. Jahres die Sterblichkeit eine höhere ist. Auch die Einwirkung der Dauer der Operation auf ihren Ausgang ist eine nur begrenzte, und gegenüber v. HACKER konnte Verf. mehrere Fälle von mehr als dreistündiger Dauer der Pylorusresektion mit Ausgang in Heilung finden, vierstündige und längere Dauer äussern hier erst einen Einfluss. Die Bedeutung der Abkürzungsversuche durch Aenderung der Nahtmethoden, durch Verwendung der Senn'schen Plättchen u. dergl. ist daher nicht so gross, als es den Anschein hat; jedenfalls hat man hier derjenigen Vorrichtung das meiste Vertrauen zu schenken, die aus resorbirbarem Material bestehen. Die Anzeigen zur Pylorusresektion sind insofern neuerdings verrückt, als die Fälle von stenosirendem Ulcus ventriculi meist der Gastroenterostomie

angehören. Diese hat ihre Anzeigen ausser im stenosirenden Ulcus im Carcinom, das durch ausgedehnte Verwachsungen fixirt oder durch Drüsenmetastasen complicirt ist und endlich in Stenosen des Duodenums unterhalb des Pylorus, sowie in Stenosen, bedingt durch Kompression seitens der Nachbarorgane. Ausserdem sind 4 Fälle wegen rein funktioneller Magendilatation ohne Stenose operirt worden. Eine Zusammenstellung der Todesursachen endlich zeigt, dass bei allen Operationen den vierten Teil der Todesursachen Peritonitis bildet, welche nur 3mal durch Spontanperforation bedingt war. Häufiger findet sich die Peritonitis nach Pylorus-Resektion, als nach Gastroenterostomie, 10 Fällen von Insufficienz der Naht bei ersterer steht nur 1 Fall bei letzterer entgegen. P. Güterbock.

Grunert, Was können wir von der operativen Entfernung des Steigbügels bei Steigbügel-Vorhofsankylose zum Zwecke der Hörverbesserung erhoffen? Arch. f. Ohrenheilk. XLI. S. 294.

G. teilt die anatomischen Befunde von Steigbügel-Vorhofsankylose in 2 Gruppen, je nachdem die Ankylose der Ausgang des „chronischen Mittelohrkatarrhs" ist oder ein Folgezustand früherer, im Mittelohr abgelaufener chronischer Eiterungen. Wichtig für die operative Prognose ist es, ob in der ersten Kategorie von Fällen die oft bestehenden Labyrinthveränderungen sekundärer Natur oder auf einen mit der Mittelohrerkrankung gleichzeitig eingetretenen Prozess zurückzuführen sind, wie G. glaubt, oder gar das primäre Leiden darstellen. In den beiden letzten Fällen wäre ein operativer Versuch in der angedeuteten Richtung von vorneherein aussichtslos. Aber auch wenn man auf Grund der Funktionsprüfung annehmen kann, dass das innere Ohr intakt ist, so ist, nach G., das Resultat einer event. vorzunehmenden Operation doch ein sehr zweifelhaftes, da wir eben ausser Stande sind, uns über das anatomische Substrat („äussere" oder „innere" Ankylose, Veränderungen am runden Fenster) hinreichende Klarheit durch die differentiellen Diagnostiken zu verschaffen. Demnach haben, nach G., in allen Fällen dieser Kategorie unsere operativen Eingriffe nur die Bedeutung eines Operationsversuches, der nur unter besonders günstigen Umständen einmal von Erfolg sein wird. Für die zweite Kategorie von Fällen (Stapesankylose nach abgelaufenen chronischen Mittelohreiterungen) sind die Chancen, nach G., von vorneherein günstiger, als bei der ersten Kategorie, weil es sich hier fast ausschliesslich um die Form der „äusseren" Ankylose, resp. um Fixation des Steigbügels durch Bindegewebe handelt und pathologische Veränderungen am runden Fenster nur ausnahmsweise vorkommen. Im Ganzen lehren nun aber die bei den bisher vorgenommenen Operationen gemachten Erfahrungen, dass nur in einigen wenigen Fällen das Endresultat ein befriedigendes genannt werden kann; freilich liegt dies, nach Verfasser, auch mit daran, dass oft ohne genügend strenge Indikationsstellung operirt worden ist. Da aber die Prognose des in Rede stehenden Leidens ohne Operation eine hoffnungslose ist und die Operation als Ultimum refugium doch die Möglichkeit einer Hörverbesserung noch darbietet, so sind wir, nach GRUNERT, zur Vornahme derselben

wenigstens in solchen Fällen berechtigt, die wir nicht wegen Komplikation mit Labyrinthleiden als von vorneherein aussichtslos bezeichnen müssen.

Schwabach.

Höfer, Ueber die Behandlung akuter Tonsillitiden mit parenchymatösen Carbolinjektionen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. (5/6.)

Die guten Erfolge der parenchymatösen Carbolinjektionen bei der durch Streptococcen complicirten Scharlachangina veranlassten v. Ziemssen, dieses Verfahren auch bei den gewöhnlichen Tonsillitiden zu erproben. Meist sind 1—2 Injektionen von je 1 ccm einer 2proc. Lösung hinreichend. Am besten bewährt sich das Verfahren bei den lacunären Anginen mit deutlicher Schwellung, während es bei den tonsillären und peritonsillären Abscessen wirkungslos ist.

W. Lublinski.

Zinn, Ueber die Behandlung tuberkulöser Kehlkopferkrankungen mit Parachlorphenol. Charité-Annalen 1896. XXI. Jahrg.

Nach dem Vorgang von Simanowsky und Spengler hat Verfasser das Parachlorphenol in 10- und 20proc. Glycerinlösung bei tuberkulösen Kehlkopferkrankungen angewandt. Es verursacht eine oft mehrstündige Anästhesie und ist sehr geeignet, die Schluckschmerzen bei Larynx- und Tonsillartuberkulose zu beseitigen. Tuberkulöse Geschwüre und Infiltrationen können bei lange fortgesetzter Behandlung zum Rückgang und zur Heilung gebracht werden. Unangenehme objektive Wirkungen wurden bisher *nicht* beobachtet; die subjektiven, brennender Schmerz und Hustenreiz, die bei einem Teil der Kranken namentlich anfangs sich einstellen, gehen im Allgemeinen keine Contraindikation ab. Daher ist das Parachlorphenol ein wichtiges Mittel. (Weniger günstig sind die Erfahrungen Hedderich's, des Referenten und Seiffert's, wie in den Verhandlungen der III. Versammlung süddeutscher Larynogologen in Heidelberg zu lesen ist. Ref.)

W. Lublinski.

Behring, Antitoxintherapeutische Probleme. Fortschr. d. Med. 1897. S. 1.

Nachdem das Diphtherieheilserum jetzt allgemein als Heilmittel anerkannt wird, beginnt sich die Frage betreffs der üblen Nebenwirkungen zu klären, welche immer seltener geworden sind, je mehr die Gewinnungsmethoden verbessert wurden. Es steht zu erwarten, dass die Nebenwirkungen, welche lediglich durch den Gehalt an Salzen und Eiweissstoffen hervorgerufen werden, allmählich ganz vermieden werden, je reiner das Antitoxin gewonnen wird; denn dieses, der einzig und allein für die Heilwirkung in Betracht kommende Körper, ist vollständig unschädlich und kann weder beim Menschen noch bei Tieren, weder im gesunden noch im kranken Organismus irgend welche Giftwirkung ausüben. Das Antitoxin hat lediglich eine Beziehung zum Diphtheriegift. Es muss daher möglich sein, eine Antitoxinlösung zu gewinnen, welche therapeutisch sehr wirksam, gleichwohl gänzlich unschädlich ist. Dies zu erreichen, ist auf zwei Wegen versucht worden: einmal war man bestrebt, durch Extraktions- und Reinigungsmethoden von den unwirksamen und dabei nicht ganz unschädlichen Salzen und Eiweissstoffen das Antitoxin vollkommen rein darzu-

stellen; zweitens wurde versucht, die antitoxinhaltigen ungereinigten Produkte so concentrirt herzustellen, dass nur geringe Quantitäten erforderlich sind, um schädlich zu wirken. Während es bisher noch nicht gelungen ist, das Antitoxin als chemisch reinen Körper darzustellen, ist auf die zweite Weise ein sehr brauchbares Präparat gewonnen worden. Während sich bisher die hochwertigen Sera insofern nicht gut bewährten, als sie weniger lange haltbar sind, als die weniger concentrirten, ist es nunmehr gelungen, diese hochwertigen Sera vor jeder Wertverminderung zu schützen, indem man sie in die trockene Form überführte. Dieses Präparat ist hinsichtlich seines Antitoxinwertes unbegrenzt lange haltbar und ist in Wasser leicht löslich. Der Mindestwert von 1 g dieser Präparate beträgt 5000 Antitoxin-Normaleinheiten, also etwas mehr, als 8 mal die einfache Heildosis; es lassen sich aber noch höherwertige Produkte gewinnen. Verf. wünscht nun, dass diese Präparate in die Pharmakopoe aufgenommen und in den Apotheken die erforderlichen Lösungen jedesmal frisch hergestellt werden.

Da das Antitoxin gegen den lebenden Organismus vollkommen indifferent ist, so kann dasselbe auch keine chemische Bindung im gesunden Körper erfahren, sondern es cirkulirt unverändert in der Säftemasse und wird durch die Sekretionsorgane allmählich ausgeschieden, während in den Geweben kein Antitoxin gebunden oder umgewandelt wird. Die Folge davon ist, dass die bei einem gesunden, durch präventive Injektion hervorgerufene Immunität nur eine beschränkte Dauer haben kann. Es ist nun zwar möglich, die Immunitätsdauer durch Erhöhung der Antitoxindosis etwas zu verlängern; allein diese Verlängerung steht in keinem Verhältnis zu dem Mehrbedarf an Antitoxin, da die Ausscheidung um so reichlicher geschieht, je mehr injicirt wurde. Es ist daher, wenn man die Immunitätsdauer verlängern will, vorteilhafter, die Injektion zu wiederholen.

H. Bischoff.

F. Winkler, Neue experimentelle Beiträge zur Amylnitritwirkung. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 17.

W. stellte eine grössere Reihe von Untersuchungen an über die Amylnitritwirkung, teils an curarisirten, teils an selbständig atmenden Hunden, und berichtet über die Ergebnisse in einer vorläufigen Mitteilung folgendes: Einführen geringer Mengen Amylnitrit ruft unter Sinken des arteriellen Blutdrucks eine Dyspnoe in Form beschleunigter und vertiefter Atmung hervor; bei grösseren Dosen verlangsamt und vertieft sich die Atmung, behält aber ihren dyspnoischen Charakter. Während der dyspnoischen und verlangsamten Atmung kommt es unter deutlichem Herabrücken des Zwerchfells zur Ausbildung eines Lungenödems. Während man bisher die durch Amylnitrit hervorgerufene Blutdrucksenkung auf die Erweiterung der Gefässe zurückführte, wies Verf. durch seine Versuche an curarisirten, künstlich respirirten Tieren nach, dass das Mittel nicht bloss auf die Gefässe, sondern auch auf das Herz einwirkt; in diesem kommt es zur Insufficienz, besonders des linken Ventrikels, charakterisirt durch das Ansteigen des Druckes im linken Vorhofe. Weiterhin wies W. nach, dass bei einem mit Amylnitrit behandelten Tiere die auf Reizung sensibler Nerven auftretende

Reaktion der Herzarbeit sich ändert; während normalerweise Reizung des Nervus ischiadicus eine Steigerung des Arteriendruckes und ein Sinken des Druckes im linken Vorhof hervorruft, beobachtet man während der Wirkung des Amylnitrits bei Reizung des Nervus ischiadicus zwar auch eine Steigerung des Arteriendruckes, zugleich aber auch ein Steigen des Druckes im linken Vorhof. K. Kronthal.

A. B. Marfan, Sur un cas de tuberculose par ingestion chez un fillette de 16 mois (tuberculose de la bouche, des ganglions du cou et de l'intestin). Rev. mens. des mal. de l'enf. 1896, S. 273.

Ein 16 Monate altes Kind zeigte an einer Stelle des Zahnfleisches ein ausgedehntes Geschwür, dessen tuberkulöse Natur Verf. aus dem Umstande folgert, dass daneben eine Erkrankung der submaxillaren und Halsdrüsen von nachweisbar tuberkulösem Charakter bestand. Bei der Autopsie des Kindes, das einige Tage nach der Aufnahme in das Krankenhaus verstarb, fanden sich ausgedehnte tuberkulöse Darmgeschwüre. Das Kind stammte von einer tuberkulösen Mutter, die es selbst gestillt und später mit roher Milch ernährt hatte. Verf. nimmt an, dass das Geschwür im Munde durch Trinken tuberkulöser Milch entstanden sei. Die Darmgeschwüre führt Verf. auf Verschlucken der Sekrete des Mundgeschwürs zurück. Diese Annahme macht Vf., weil nach den bisherigen Erfahrungen das Trinken tuberkulöser Milch bei Kindern selten Darmgeschwüre, sondern meist nur Tuberkulose der Mesenterialdrüsen erzeugt. Mund- und Darmgeschwüre der beschriebenen Art sind im ersten Kindesalter sehr selten. Stadthagen.

Th. Rosenheim, Beiträge zur Oesophagoskopie. Deutsche med. Wochenschrift 1895, No. 50.

Vor der Einführung des Oesophagoskops zur Besichtigung der Speiseröhre empfiehlt es sich, um Täuschungen durch Speisereste zu vermeiden, den Oesophagus auszuspülen; ferner soll man das Instrument niemals so weit hineinführen, dass die Mandrinspitze an die erkrankte Partie stösst, wodurch leicht Blutungen hervorgerufen werden können. Ebensowenig empfiehlt es sich, unmittelbar nach der Untersuchung mit der festen Sonde zu ösophagoskopiren. Was die vorhergehende Cocainisirung anlangt, so kann durch dieselbe Intoxikation hervorgerufen werden; es ist deshalb besser, wo dies angängig, ohne lokale Anästhesirung die Inspektion vorzunehmen.

An 18 Fällen von Speiseröhrenkrebs in seinen verschiedenen Stadien zeigt Verfasser, was die Oesophagoskopie zu leisten vermag. Eine histologische Differentialdiagnose des vorliegenden Carcinoms ist unmöglich. Dagegen erhält man genauen Aufschluss über die Lokalisation der Geschwulst. Die Mehrzahl der Carcinome befand sich im mittleren Teile des Oesophagus. Die ösophagoskopischen Bilder sind äusserst verschieden, je nach dem Stadium der Entwicklung der Krankheit und nach der Art des Wachstums des Carcinoms. Näheres s. i. Orig. C. Rosenthal.

F. Hirschfeld, Beobachtungen über die Acetonurie und das Coma diabeticum. II. Teil. Zeitschr. f. klin. Med. XXXI. (3/4.)

Nach der bis vor einigen Jahren herrschenden Anschauung sollte die Acetonurie mit der eigentlichen Stoffwechselstörnng beim Diabetes in keiner ursächlichen Verbindung stehen, sondern durch den reichlichen Eiweisszerfall im Organismus bedingt sein. Demgegenüber wies Vf. in einer früheren Arbeit (Cbl. 1893, S. 775) nach, dass die Bildung von Aceton unmittelbar mit dem Kohlehydratstoffwechsel zusammenhängt; in einzelnen Fällen von Diabetes (meist den schwereren Formen angehörig) hatte der Organismus zugleich mit der Fähigkeit, die Kohlehydrate zu verbrennen, auch das Vermögen der Acetonzersetzung eingebüsst; eine pathologische Acetonnrie ist also nur für den Diabetes charakteristisch.

Verf. teilt nun diesbezügliche Untersuchnngen an einer grösseren Zahl von Diabetikern mit; indem wir bezüglich der Krankengeschichten nnd der daran geknüpften epikritischen Bemerkungen, die eine Fülle beachtenswerter Details enthalten, auf das Original verweisen, geben wir hier nur einzelne besonders interessirende Resultate wieder. In 6 Versuchen bei Diabetes leichterer Art ohne Komplikationen liess sich in Bezug auf die Acetonurie keine pathologische Abweichung nachweisen, das heisst ebenso wie bei Individuen, die nicht an Diabetes leiden, betrug während reichlicher Kohlehydratkost die tägliche Acetonausscheidnng 0,02—0,04 g, nm nach dem Fortfall der Kohlehydrate in der Kost rasch anznsteigen nnd nach dem Hinzufügen von Glycerin oder geringen Mengen von Vegetabilien wieder schnell abznfallen. Eine überreichliche Eiweisszufuhr bewirkte ebenfalls ein geringes Sinken in der Acetonausscheidnng. — Bei einer Gruppe von Diabetikern leichterer Art mit Komplikationen (wie Apoplexien oder Herzfehler) konstatirte Verf. die Thatsache, dass die Acetonausscheidung ebensowenig wie die Glykosurie durch hinzutretende schwere Organerkranknngen beeinflusst wurde. Bei einigen Diabetikern leichterer Art, die Komplikationen mit fieberhaften Erkrankungen resp. mit Tuberkulose hatten, wurde durch das Fieber resp. durch die Tuberkulose die Glykosnrie nicht beeinflusst (abgesehen von dem Faktor der veränderten Nahrungsaufnahme); die Acetonausscheidung zeigte das gleiche Bild wie die Kurve der Zuckerausfuhr. Dies spricht gegen das Bestehen einer Acetonnria gastrica oder febrilis bei Diabetikern (ebenso wie bei Gesnnden).

Bei einigen Diabetikern der schwereren Art stieg die Acetonurie rascher an und nahm (nach Zusatz von Kohlehydraten zur Nahrung) langsamer ab, als man unter gleichen Verhältnissen bei Gesunden oder an den leichten Formen von Diabetes leidenden Personen beobachtet.

Bemerkenswert sind einige Fälle von Diabetes mit unzureichender Resorption im Darm, eine Form des Diabetes, auf die Verf. schon früher (Cbl. 1890, S. 164) aufmerksam gemacht hat. Bei solchen Kranken findet man, dass von den eingeführten Stoffen 30—40 pCt. in dem Kot unbenutzt ansgeschieden werden; diese Form ist selten, da die Mehrzahl der Zuckerkranken die Nahrung im Darmkanal gut ausnntzt. Also nur bei den schweren pathologischen Fällen von Diabetes sehen wir eine pathologische Acetonurie auftreten, d. h. eine solche, die von der bei gesnnden Personen

unter gleichen Bedingungen zu konstatirendeu abweicht. Wir haben also beim Diabetes neben der Glykosurie auch die Acetonurie als charakteristische Stoffwechselstörungen anzunehmen, zu denen in einzelnen schweren Fällen noch die verminderte Resorption der Nahrung hinzukommt. Perl.

Fr. Gernsheim, Ein durch den galvanischen Strom günstig beeinflusster Fall von peripherer traumatischer Lähmung. D. med. Wochenschr. 1897, No. 3.

Ein 16jähriger Mensch hatte neben anderen schweren Verletzungen auch eine Oberarmfraktur und infolge starker Callusbildung eine kombinirte Lähmung der Nn. ulnaris nnd medianus davongetragen. Es bestanden im Gebiete der genannten Nerven schwere Störungen der Sensibilität, Motilität und atrophische Zustände.

Nachdem eine dreimonatliche Behandlung mit Massage, passiven Bewegungen und Faradisation ohne Erfolg geblieben war, dachte man, den Callus operativ zu entfernen und die geschädigten Nerven freizulegen. Vorher aber wurde noch ein Versuch mit dem galvanischen Strom gemacht. In täglichen Sitzungen wnrde die Anode auf den Nacken, die Kathode auf die bekannten Nervenpunkte am Oberarm applicirt; die Stromstärke überschritt nie 5 M.-A. Am Schluss einer jeden Sitzung wurde der Strom auch drei Minuten lang quer durch den Callus hindurchgeleitet. Die Besserung begann schon nach 3 Wochen; weiterhin nahm der Umfang des Callus sichtlich ab: das Muskelvolumen und die Muskelkraft hoben sich derart, dass Patient sich nunmehr seines rechten Arms vollkommen wie früher bedienen kann. Der Erfolg der galvanischen Behandlnng war hier ein positiver und jede Suggestion ausgeschlossen. Bernhardt.

P. Bailey, Report of two cases of tumor of the spinal cord, unaccompanied with severe pain. Journ. of nerv. and ment. dis. 1896, March.

B. beschreibt 2 Rückenmarkstumoren, die durch den schmerzlosen Verlauf besonderes Interesse verdienen. Im ersten Falle war eine 65jährige Frau an einer akuten Lungenaffektion erkrankt und starb 16 Tage nach ihrer Erkrankung, während welcher nur allgemeine Schmerzen im ganzen Körper und der Verlust der Patellarreflexe zur Beobachtung kamen. Die Sektion erwies neben einer Herz-, Lungen- und Nierenaffektion einen $^3/_4$ Zoll langen Tumor an der Innenfläche der Dura zwischen dem 7. und 8. hinteren Nervenwurzelpaar; es handelte sich um ein latent vorhandenes, zum Teil verkalktes Psammom.

Der zweite Fall betraf eine 29jährige Frau, bei der bereits zweimal ein Tumor (unbekannter Natur) durch Laparotomie und einmal ein ebensolcher von der dritten Rippe entfernt worden war. 6 Jahre vor ihrem Tode zeigten sich die ersten Rückenmarkserscheinungen, und zwar eine vorübergehende Lähmung und Taubheit aller vier Extremitäten. Im Juli 1893 (4 Jahre später) hatte sie eine ähnliche Attaque, und Anfang 1895 trat zum dritten Mal eine solche Lähmung auf; sie zeigte nunmehr einen Decubitus an der rechten Hüfte, Verengerung der linken Pupille und Lid-

Digitized by Google

spalte und Rötung der linken Gesichtshälfte, Extensorenlähmung aller vier Extremitäten mit Kontraktur der Flexoren, mit mässiger Atrophie und schwacher faradischer elektrischer Reizbarkeit; die Sehnen- und Patellarreflexe waren gesteigert, die Sensibilität schien intakt; neben Blaseninsufficienz fanden sich die Zeichen einer Cystitis und Nephritis. Nie bestanden Schmerzen bis auf allgemeines Unbehagen etc. Die Kranke starb Juli 1895 an Lungenödem. Die Sektion erwies am Rückenmark einen Tumor an der ventralen, äusseren Fläche der Dura, der die ersten drei Cervicalnervenwurzelpaare einschloss und das Rückenmark stark komprimirte; er zeigte die Struktur eines Gumma und schien syphilitischer Natur zu sein; es bestand in seiner Höhe (1.—4. Cervicalsegment) eine Meningo-Myelitis und Degenerationen in den Pyramidenseitensträngen und in den centralen Teilen der Burdach'schen Stränge. — Nur in einem dritten Falle von J. M. Clarke (Endotheliom des Rückenmarks) wurden ebenso, wie in den beschriebenen beiden Fällen, Schmerzen bei Rückenmarkstumoren vermisst. Die Abwesenheit von Schmerzen bei denselben weist auf einen mehr ventralen Sitz hin, auf langsames Wachstum und in erster Reihe auf weiche Beschaffenheit (Endotheliom, Syphilom, Tuberkel). S. Kalischer.

H. Oppenheim, Ueber elektrische Reizung der ersten Dorsalwurzel beim Menschen. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 34.

In einem Falle von Schussverletzung des Rückenmarks, in welchem das 2.—4. Dorsalsegment freigelegt werden musste und die Dura gespalten war, wurde das zweite Dorsalwurzelpaar (links) mit einer knopfförmigen Platinelektrode resultatlos gereizt, während bei Reizung der ersten Dorsalwurzel sich die Pupille derselben Seite ad maximum erweiterte, um einige Sekunden erweitert zu bleiben und sich dann schnell wieder zu verengen. Ueber eine etwaige Erweiterung der Lidspalte konnte nichts ermittelt werden; an den Fingern traten bei der Reizung (bei der die vorderen und hinteren Wurzeln nicht scharf gesondert werden konnten) leichte Zuckungen auf. Demnach wird auch beim Menschen die Innervation des M. dilatator pupillae im Wesentlichen, wenn nicht ausschliesslich, durch den ersten Dorsalnerven vermittelt; jedoch kann durch diesen experimentellen Versuch eine Beteiligung der achten Cervicalwurzel an dieser Innervation nicht ausgeschlossen werden. S. Kalischer.

K. Dehio, Ueber Erythromelalgie. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 37.

Die 50jähr. Bäuerin bekam im Laufe von einigen Jahren in mehreren Etappen Kopfschmerzen von anhaltender grosser Heftigkeit, auf deren Höhe sehr oft Erbrechen eintrat, myxödemartige Erscheinungen im Gesicht, schiessende Schmerzen in der linken Hand, Rötung und Knötchenerhebung, sowie Schwitzen und glatte Atrophie der Haut der Finger und eine arteriosklerotische Erkrankung, welche sich auf die linke obere Extremität beschränkte. Dazu traten neuralgische Schmerzen in der linken Fusssohle. Die Schwierigkeiten der Lokaldiagnose dieser eigentümlichen Erkrankung wurden erleichtert durch die Untersuchung je eines Stückes der A. ulnaris

nnd des N. nlnaris, welche durch Resektion gewonnen werden konnten. Der Nerv war vollkommen normal, die Intima der Arterie aber sehr beträchtlich verdickt. Nach der Operation verlor der kleine Finger seine Hyperämie. Der Verf. schliesst hieraus, dass der ganze Zustand durch Reizung der im N. ulnaris verlaufenden Vasodilatatoren entstanden war. Damit müsste man den ganzen Symptomenkomplex als einen nervösen Reizzustand, und zwar spinalen Charakters, auffassen, der von den Hinter- und Seitenhörnern des Rückenmarks seinen Ausgang nimmt.

Die lokalisirte Arterienveränderung dürfte sekundär durch den danernd verminderten Gefässtonus entstehen. M. Brasch.

J. T. Eskridge and **E. J. A. Rogers**, Traumatic hemorrhage in the centrnm ovale beneath the left angulor gyrus. Medical News 1896, jnne 6.

Der 23jährige Mann erhielt einen Schlag gegen die Stirn über dem rechten Auge, wurde für einige Stnnden bewusstlos, fühlte sich aber in der Folgezeit wohl bis auf einen Schmerz im rechten Auge beim Schnäuzen. Einige Monate später bekam er Kopfschmerzen, wurde konfus und stuporös und so ins Spital gebracht. Dort war er schwer zugänglich, reagirte nur mit Mühe auf die vorgelegten Fragen nnd verwechselte beim Antworten die gewöhnlichsten Worte. Links fehltcn die Hautreflexe. Die Sehnervenpapillen waren etwas abgeblasst, die Temperatur schwankte einige Grade um den Normalpunkt hcrnm, über das Bestehen einer Hemiopie war bei dem Bewusstseinszustand kein rechter Aufschluss zu erhalten. Die Aphasie trug sensorischen Charakter, rechts war Hemianästhesie vorhanden. Es wurde ein Herd, und zwar ein encephalitischer oder eitriger in der Gegend des linken Lobus angularis vermutet. Bei der Trepanation faud sich im Occipitallappen ein alter Blutherd in einer Kapsel, welche noch viel Gewebstrümmer enthielt. Es folgte Auswaschung und Drainage, danach aber so schlechtes Befinden, dass der Eingriff nochmals wiederholt werden musste. Von da ab begann eine fortschreitende Besserung. Im Laufe der Rekonvalescenz konnte eine ganz typische rechtsseitige Hemiopie nachgewiesen werden, dazu sensorische Aphasie.

Die sehr genaue Analyse der Sprachstörung entzieht sich der Wiedergabe an diesem Orte; man vergl. d. Orig. M. Brasch.

F. Koch, Beitrag zur Lehre vom akuten erythematösen Lupus. Archiv f. Dermat. u. Syph. XXXVII. S. 39.

Vf. beschreibt einen jener sehr seltenen Fälle von akutem erythematösem Lupus, auf welche zuerst Kaposi die Aufmerksamkeit gelenkt hat. Er betraf eine 18jährige Frau, bei der zunächst im Gesicht ein typischer discoider Lupus erythematosus entstand, während auf beiden Handrücken von vornherein zahlreiche linsen- bis zehnpfennigstückgrosse Efflorescenzen auftraten, teils rein erythematöse, oft ringförmige Flecke, grösstenteils aber derb infiltrirte, dunkelblaurote, stellenweise confluirende und sich dann mit Krusten bedeckende Plaques. Die zwischenliegende Haut erschien dunkelgerötet, beide Hände waren beträchtlich geschwollen und sehr schmerz-

Digitized by Google

haft. Während Schwellung und Schmerzhaftigkeit vorübergehend abnahmen, erfolgten neue Schübe von Flecken und Infiltraten in der Umgebung der erkrankten Partien, dann aber auch auf beiden Fussrücken, Handtellern und auf der linken Mamma; am harten Gaumen, im Rachen und Kehlkopf entstanden zahlreiche linsen- bis fünfzigpfennigstückgrosse oberflächliche Geschwüre. Weiterhin entwickelte sich unter erneuter grosser Schmerzhaftigkeit an den betreffenden Gebieten eine intensive seröse Durchtränkung und Schwellung, im Gesicht kam es zu einem sehr charakteristischen Pseudoerysipel, hier wie an den Händen bildeten sich schmierige Knoten. Durch die starke Trans- und Exsudation wurde zunächst das Epithel macerirt, dann griff die Zerstörung auf die oberen Schichten des Coriums weiter, so dass unregelmässige Substanzverluste mit eitrigem oder hämorrhagischem Grunde entstanden und schliesslich lagen an einzelnen Stellen sogar Fascien und Muskeln bloss. Auch die Vaginalschleimhaut bedeckte sich mit zahlreichen Geschwüren. Das von Anfang an gestört gewesene Allgemeinbefinden verschlimmerte sich immer mehr, das Fieber erreichte einen hohen Grad, es entstanden Drüsenschwellungen, Knochen- und Gelenkschmerzen, die Kranke wurde comatös und erlag schliesslich, 6 Wochen nach Beginn ihres Leidens, einer Bronchopneumonie. Die Sektion gab keinen Aufschluss über die Natur der Krankheit; von Tuberkulose waren nirgends Spuren zu finden. Die Untersuchung der erkrankten Haut zeigte, dass es sich um einen, wahrscheinlich durch die Gefässe vermittelten, entzündlichen Prozess handelte, der zu teils diffusen, teils herdweisen Infiltrationen und zu starker ödematöser Durchtränkung der Gewebe führte und mit Schwund des Epithels und Papillarkörpers und narbiger Atrophie endete. — Schliesslich bespricht Verf. die Differentialdiagnose, namentlich gegenüber dem Erythema exsudativum multiforme und giebt der Ansicht Ausdruck, dass der Krankheit ein durch die Blutbahn vermittelter infektiöser Prozess zu Grunde liegt. H. Müller.

G. Tandler, Ueber Pityriasis rosea (Gibert). (Aus der Klinik des Prof. F. J. Pick in Prag.) Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXVII. S. 127.

T. hat in 20 Fällen von Pityriasis rosea, welche Krankheit bekanntlich von Kaposi mit dem Herpes tonsurans maculosus identificirt wird, die Schuppen genau untersucht, von den meisten Fällen auch Kulturen angelegt und in 5 von ihnen typische Efflorescenzen zur histologischen und bakteriologischen Prüfung excidirt. Die Untersuchungen hatten, was den Nachweis von Pilzen betrifft, ein negatives Resultat. Allerdings fanden sich in den Schuppen und in den Haarfollikeln einzelner Präparate Sporen, einmal auch im Stratum corneum kurze Pilzfäden, doch handelte es sich hier offenbar um bedeutungslose Nebenbefunde.

Verf. kommt hiernach zu dem Schlusse, dass die Pityriasis rosea nicht durch das Trichophyton tonsurans hervorgerufen werde und überhaupt keine Mykose sei, sondern einen erythematösen Prozess darstelle, dessen Ursache wir bisher nicht kennen. H. Müller.

B. Freeland, A study of the more recent frozen sections in their bearing on the mechanism of labour and the third stage. Edinb. med. journal. 1895, Sept., Oct.

Vortragender kritisirt die bestehenden Theorien über den Geburtsmechanismus und die Ursachen der Austreibung der Placenta. Mit Bezug auf zwei neuere Gefrierdurchschnitte von Leichen in der dritten Geburtsperiode befindlicher Gebärender hält Vortragender dafür:

1. dass die Lösung der Placenta nicht vor dem Beginne der dritten Geburtsperiode erfolge, da sie vermöge ihrer Struktur dem Uterus gestattet, sich nach Ausstossung der Frucht zusammenzuziehen, ohne selbst gelöst zu werden;

2. dass nicht der retroplacentare Bluterguss, wie es SCHULTZE und BAUDELOCQUE hinstellen, die Ursache der Placentarlösung sei, diese vielmehr darin liege, dass der Uterus sich als ein Ganzes kontrahire und die Placenta sozusagen von sich abstosse. A. Martin.

O. Schäffer, Ein neues Haemostaticum für Gynäkologen und Geburtshelfer, das Ferripyrin. Münch. med. Wochenschr. 1895, No. 53.

Verf. empfiehlt dringend das Ferripyrin, eine neu in die Therapie eingeführte Verbindung von Eisenchlorid und Antipyrin, welche die Höchster Farbenwerke darstellen als Haemostaticum. Nach des Verf.'s Erfahrungen ist es in seiner Eigenschaft dem Eisenchlorid gleichwertig, es hat aber die wesentlichen Vorteile, dass es nicht ätzt, sondern nur adstringirend wirkt, dass es ferner schmerzstillend ist und sich in Pulverform verwerten lässt, in letzterer Form hauptsächlich zum Bestreuen blutender, jauchender, schmerzhafter, inoperabler Carcinome, wenn sie nicht mehr palliativ zerstört werden können. In die Gebärmutterhöhle applicirt Verfasser eine 16procentige Lösung mittelst einer mit Watte umwickelten Sonde. Ferner wendet er 1- bis $1^1/_2$proc. Irrigationen an und empfiehlt Ferripyrin auch innerlich bei Melaena neonatorum. A. Martin.

L. Tait, Perforation of uterus by sound or curette. The Lancet 1895, Aug. 10.

Verfasser bestreitet die von einigen Autoren vertretene Ansicht, dass beim Sondiren oder beim Curettement des nichtpuerperalen Uterus die Instrumente ihren Weg durch die Tuben nähmen, wenn sie tiefer eindrängen, als man der Grösse des Uterus nach erwarten sollte. Versuche am Kadaver, sowie einige genau von ihm beobachtete Fälle führt er als Beweis an, dass es sich immer um eine Perforation handle. Als Ursache findet man häufig eine Atrophie der vorderen Wand bei Retroflexio uteri oder einen partiellen Schwund der Muskulatur in der Umgebung kleiner Myome. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 1. Mai. No. 18.

Inhalt: Baumann und Goldmann, Die Bedeutung des Jodothyrins. — Fränkel, Ueber den Schwefelgehalt der Albumosen und Peptone. — Stange, Fall von Alcaptonurie. — Stiénon, Verhalten der Leukocyten bei der Pneumonie und anderen Infektionskrankheiten. — Gurlt, Zur Narkotisirungsstatistik. — Rössler, Zur Kenntnis der Aebillodynie. — Brault, Primäres Sarkom des Darms. — Crermak, Entstehung und Verlauf des Glaukoms. — Brühl, Ueber Thyreoidin-Behandlung bei Mittelohrprozessen. — Heller und v. Schroetter, Ueber die Carina der Trachea. — Bussenius, Ueber Perichondritis cricoidea. — Ehrlich, Zur Kenntnis der Antitoxinwirkung. — Charrier u. Apert, Ueber den Uebergang von Antitoxin in das Embryo. — Heubner, Ueber larvirte Diphtherie. — Schlesinger, Dio Leukocytose bei Diphtherie. — Schüle, Zur Physiologie des Magens. — Buol und Paulus, Meningitis tuberculosa nach Kopftumoren. — Oppenheim, Bemerkenswerter Fall von Wirbelcaries. — Muratoff, Zur Kenntnis der Paralyse im Kindesalter. — Schnitzler u. Reiner, Zur Lehre vom Hirndruck. — Helbing, Veränderung des Rückenmarks nach Thrombose der Aorta. — Hinsdale und Taylor, Gekreuztes Kniephänomen. — Werler, Citronensaures Silber gegen Gonorrhoe. — Lukasiewicz, Alibert'sche Dermatose. — Darier, Pseudoxanthoma elasticum. — de Wannemacker, Salophen gegen Pruritus. — Murphy, Behandlung des Puerperalfiebers. — Johansen, Ueber die Geburt bei Hydromeningocele. — Weil, Osteomalacie und Kastration. — Gottschalk, Retroflexio uteri. — Cripps, Dreizehn Fälle von Ovarialcysten.

E. Baumann und **E. Goldmann**, Ist das Jodothyrin (Thyrojodin) der lebenswichtige Bestandteil der Schilddrüse? Münch. med. Wochenschrift 1896, No. 47.

Darüber herrscht Uebereinstimmung, dass das Jodothyrin der im Sinne der Schilddrüsentherapie wichtige Bestandteil der Thyreoidea ist; bestritten wird, dass es der lebenswichtige ist, d. h. die Funktion der fehlenden Schilddrüse zu ersetzen vermag.

Verfasser stellten über letztere Frage Versuche an thyreoidectomirten Hunden an, denen sie Jodothyrin innerlich als Milchzuckerverreibung oder subkutan in $^1/_2$proc. Sodalösung beibrachten. Da die Tiere vor der Operation in bestimmter Weise gefüttert waren, wurden die exstirpirten Schilddrüsen auf Jod untersucht und so der Einfluss des Futters auf den Jodgehalt der Schilddrüse nebenbei ermittelt. Sehr gering war er nach reiner

Fleischfütterung, vermehrt nach Stockfischen und Thymus, nicht gesteigert nach Rinderhirn. Bei 6 Tieren schwankte der Jodgehalt der Drüse zwischen 0,3 und 1,4 mg Jod. — Die Verff. kommen im Gegensatz zu GOTTLIEB zu dem Resultate, dass das Jodothyrin der lebenswichtige Bestandteil der Schilddrüse ist; denn 1. treten bei schilddrüsenlosen Hunden tetanische Erscheinungen so lange nicht ein, als ihnen regelmässig Jodothyrin (2 bis 6 g pro die) zugeführt wird; 2. wo die Tetanie überhaupt erfolgt, zeigt sie sich immer erst nach Entziehung des Jodothyrins oder nach einer starken Reduktion seiner Zufuhr; 3. zur Beseitigung der Tetanie thyreoidectomirter Hunde sind um so grössere Mengen Jodothyrins erforderlich, je heftiger der Anfall im Allgemeinen ist und je später nach seinem Beginn das Mittel gegeben wird; 4. der Organismus des schilddrüsenlosen Hundes besitzt nicht die Fähigkeit, das per os oder subkutan ihm zugeführte Jodothyrin zurückzuhalten, das als solches oder in Form einer anderen organischen Jodverbindung im Harne ausgeschieden wird. Zur Konstatirung des letztgenannten Faktums muss man den ganzen Tagesharn oder doch den grössten Teil desselben verarbeiten. Die Verff. verfuhren so, dass sie mit dem gleichen Volum konzentrirter Schwefelsäure mischten und destillirten bis zum beginnenden Verkohlen. Das Destillat wird in Palladiumchlorürlösung gesammelt. Es entsteht ein Niederschlag, der, geschmolzen, mit Aetznatron Jodreaktion zeigte. A. Loewy.

S. Fränkel, Zur Kenntnis der Zerfallsprodukte des Eiweisses bei peptischer und tryptischer Verdauung. Wien. med. Bl. 1896, No. 45/46.

SCHRÖTTER hatte durch Behandeln von Albumin mit Salzsäure Peptonchlorhydrate hergestellt, die sich schwefelfrei erwiesen und den Mangel an Schwefel als charakteristisch für Peptone gegenüber den Albumosen hingestellt. FRÄNKEL hat nachgeprüft, ob wirklich die durch Verdauung gewonnenen Peptone keinen Schwefel enthalten. Er benutzte ein durch lange Verdauung mit HCl und Pepsin aus Hühnereiweiss gewonnenes Präparat, aus dem er Pepton nach einer Methode, die auf der Löslichkeit desselben in Alkohol basirt, darstellte. Wegen der Einzelheiten derselben sei auf das Original verwiesen. Das so dargestellte Pepsin-Pepton (Amphopepton) erwies sich als schwefelhaltig, verlor aber bei wiederholter Reinigung denselben fast vollständig, so dass er nur auf der Anwesenheit einer dem Pepton beigemischten schwefelreichen Substanz zu beruhen scheint. Ebenso wurde das Produkt der tryptischen Eiweissverdauung (Antipepton) durch wiederholte Behandlung mit Alkohol schwefelfrei erhalten.

Die weitere Frage, ob im Gegensatz zu den Peptonen alle Albumosen schwefelhaltig sind, führte zu dem Ergebnis, dass eine Gruppe fest gebundenen (durch Kali und Blei nicht nachweisbaren) Schwefel, eine zweite fest und locker gebundenen (bleischwärzenden) enthält; ein Albumosepräparat, das von MATTHES als Ersatz des Tuberkulins dargestellte, war schwefelfrei. — Man kann demnach nur sagen, dass schwefelhaltige Spaltungsprodukte des Eiweisses nicht als Peptone zu bezeichnen sind.

Endlich hat Verfasser aus Deuteroalbumose durch Behandlung mit Salzsäure ein Produkt erhalten, das bisher als Spaltungsprodukt des Ei-

weisses nicht bekannt war und entweder Pyridin oder eine Base der Pyridingruppe ist. Darüber sollen weitere Untersuchungen folgen.

A. Loewy.

P. Stange, Ueber einen Fall von Alcaptonurie. Virchow's Arch. Bd. 146. S. 86.

Den in letzter Zeit ziemlich zahlreichen Mitteilungen über Alcaptonurie fügt Vf. einen neuen, durch längere Zeit hindurch beobachteten Fall hinzu. Bemerkenswert ist die absolute Menge der Homogentisinsäure, deren Anwesenheit dem Harn seine charakteristischen Eigenschaften verleiht, nämlich zu reduziren, ohne optisch aktiv zu sein oder zu gähren. Sie betrug im Mittel von zwölf Tagen 5,9 g pro die, Minimum 4,02, Maximum 7,71 g. Dabei war die Harnsäure-Ausscheidung sehr gering. Während in den bisherigen Fällen die Affektion symptomlos verlief, waren hier dysurische Beschwerden vorhanden, die Vf. mit den ungewöhnlich grossen Mengen an ausgeschiedener Homogentisinsäure in Zusammenhang bringt. A. Loewy.

---

1) **L. Stiénon,** Recherches sur la leucocytose dans la pneumonie aignë. Annales publ. par la soc. royale des sciences méd. et natur. de Bruxelles. 1895. Tome IV.

2) **Derselbe,** De la leucocytose dans les maladies infectieuses. (Recherches cliniques et critiques.) Ibidem. 1896. Tome V. fasc. 1 et 2.

1) Die Pneumonie ist gewöhnlich während der fieberhaften Periode von einer Leukocytose begleitet, der niemals eine Hypoleukocytose voraufgeht. Doch fehlt die Leukocytose in einzelnen Fällen gänzlich. Im Augenblick der Krise nimmt die Zahl der Leukocyten oft rasch ab, kann jedoch noch erhöht bleiben. Während des Fiebers ist vor allem die Zahl der Leukocyten mit polymorphem Kern erhöht, während eosinophile Zellen fehlen oder sehr spärlich sind. Nach der Krise fällt die Zahl der polynucleären Zellen und der mit polymorphem Kern rasch sogar unter die Norm, während die Zahl der Lymphocyten steigt. Nimmt die Pneumonie aber einen schleppenden Verlauf, so nimmt die Zahl der Formen mit polymorphem Kern nicht ab, ebensowenig bei Lungeneiterung, Pleuraerguss mit langsamer Resorption oder Pneumonie im Verlauf einer Tuberkulose. Nach der Abnahme der Zellen mit polymorphem Kern findet ein Anstieg der eosinophilen Zellen im Blut statt. Unter 26 Fällen von Pneumonie konnte diese regelmässige Entwicklung der Leukocytenformen nur 2mal nicht beobachtet worden.

Die Leukocytose im fieberhaften Stadium der Pneumonie beruht auf einer Zunahme der reifen Elemente, indem die jungen Formen eine abnorm rasche Entwicklung durchmachen, während nach der Krise die jungen Formen in Ueberzahl erscheinen, als Ausdruck der Wiederherstellung des Blutes.

2) An seine frühere Arbeit über die Leukocytose bei der Pneumonie schliesst Verf. hier entsprechende Untersuchungen bei anderen Infektionskrankheiten an. Bei 3 Fällen von puerperaler Sepsis bestand anfangs eine starke Vermehrung der Leukocyten mit polymorphem Kern bei fast

völligem Fehlen der eosinophilen Zellen; in einem zweiten Stadium sinkt die Zahl der Zellen mit polymorphem Kern langsam, um endlich unter die Norm zu sinken. Zu gleicher Zeit nimmt die Zahl der jungen Elemente zu und die eosinophilen Zellen treten wieder auf.

Bei der schweren Form des Typhus überwiegen im ersten Stadium die Leukocyten mit polymorphem Kern, die eosinophilen Zellen fehlen. Im zweiten Stadium nimmt die Zahl der Zellen mit polymorphem Kern langsam ab, im dritten nehmen die jungen Lymphocyten an Zahl zu, eosinophile Zellen sind in geringer Zahl nachweisbar; im vierten Stadium endlich entsprechen die Verhältnisse der Norm, nur die eosinophilen Zellen sind stark vermehrt. Eine Beziehung zwischen dem Verhältnis der Leukocyten im Blut und der Intensität des Fiebers besteht nicht. Auch der allgemeine Zustand des Kranken hat keinen Einfluss darauf. Die absolute Zahl der Leukocyten im Typhusblut schwankt sehr; vorwiegend am Ende der Krankheit und in der Rekonvalescenz besteht eine Leukocytose. Verf. teilt 5 Fälle von Typhus mit, bei denen die Entwicklung der Leukocytenformen durch verschiedene Komplikationen gestört war. Bei dem fieberhaften Magenkatarrh geht das erste Stadium der Vermehrung der Zellen mit polymorphem Kern direkt in das letzte mit Vermehrung der eosinophilen Zellen bei sonst normalen Verhältnissen über.

Bei Eiterungen ist stets eine Leukocytose vorhanden; die Formen mit polymorphem Kern sind anfangs stark vermehrt. Ihre Zahl sinkt rasch bei Entleerung des Eiters, während die eosinophilen Zellen jetzt zunehmen. Die Verhältnisse beim Erysipel sind dieselben. Beim akuten Gelenkrheumatismus ist die Zahl der polymorphen Zellen während des Fiebers vermehrt, während eosinophile Zellen beinahe gänzlich fehlen; in der Rekonvalescenz nimmt die Zahl der polymorphen Zellen langsam ab, ohne unter die Norm zu sinken. Die Zahl der eosinophilen Zellen ist beträchtlich vermehrt. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei der Influenza-Pneumonie.

Bei den akuten Formen der Lungenphthise mit Fieber besteht, wie bei den anderen akuten Infektionskrankheiten, eine Vermehrung der Zellen mit polymorphem Kern, eine Verminderung der eosinophilen Zellen. Bei den chronischen Formen mit ausgedehnten Kavernen hebt sich bei Besserung des Zustandes die Zahl der einkernigen Zellen; bei Verschlechterung sind die Verhältnisse dieselben wie bei der akuten Phthise.

Die Veränderungen der Leukocyten des Blutes an Zahl und Art sind völlig unabhängig von der Höhe des Fiebers. Es tritt bei den fieberhaften Krankheiten zunächst eine abnorm rasche Entwicklung der Leukocyten ein, daher die starke Vermehrung der polymorphen Formen. In der Rekonvalescenz erscheinen dann die jungen Elemente in grosser Zahl; das an mononucleären und eosinophilen Zellen reiche Blut erinnert in seiner Zusammensetzung an das der Kinder. Die Leukocytose darf zwar nicht als ein direkter Ausdruck der Verteidigungskraft des Organismus gegen die Infektion betrachtet werden, sie spielt aber eine wichtige Rolle bei der Bildung der Immunität. M. Rothmann.

E. Gurlt, Zur Narkotisirungsstatistik. (Fünfter Bericht 1894—1895.) Arch. f. klin. Chir. LI. S. 91.

Der vorliegende Bericht umfasst die Sammelforschung von 74 Berichterstattern (mit 78 Berichten), im Ganzen 55,395 Narkosen, darunter 34,412 mit Chloroform (25 † und 8 weitere zweifelhafte), 15,821 mit Aether (5 † und 2 zweifelhafte), 2148 mit Chloroform und Aether zusammen, 1554 mit der Billroth'schen Mischung, 1426 mit Bromäthyl, 34 mit Pental — im Ganzen 30 Todesfälle und 10 zweifelhafte. Hierzu kommen noch 30,352 Stickoxydul-Narkosen des Zahnarztes SUERSEN. Seit 1891 sind in den 5 Berichten 268,869 chirurgische Narkosen zusammengestellt, darunter 102 Todesfälle = 1 : 2633. Die Proportion betrug beim Chloroform 1 : 2286, beim Aether 1 : 6020, bei gemischter Chloroform-Aether-Narkose 1 zu 10,162, bei der Billroth-Mischung 1 : 5744, beim Bromäthyl 1 : 4483, beim Pental 1 : 213. Im Ganzen ist die Zahl der Chloroformnarkosen in den drei letzten Jahren zurückgegangen, von 49—55,000 Narkosen auf 34,412 im Jahre 1894/95, während die Zahl der Aethernarkosen entsprechend von 6213 im Jahre 1892/93 auf 15,821 im Jahre 1894/95 gestiegen ist. Bezüglich der Anwendungsweise des Chloroforms hat sich die Tröpfelmethode mehr und mehr eingebürgert; dagegen sind die neueren Chloroformpräparate relativ selten gebraucht worden. Schwere Fälle von Chloroformnarkose werden 167mal aufgeführt, von ühlen Zufällen nach der Chloroformnarkose werden akute fieberhafte Bronchitiden, ausserdem 2mal tödliche Pneumonien und 7mal Pneumonien nach gemischter Chloroform-Aether-Narkose (darunter † 3) beigebracht. Unter den 25 Todesfällen, die in direkter Ahhängigkeit von der Chloroformnarkose verzeichnet werden, sind mehrere, in denen sich nicht entscheiden lässt, ob und welcher Anteil dem Anästbeticum am Tode zufällt. In 8 Fällen nehmen die Berichterstatter selbst Anstand, den Tod dem Chloroform beizumessen. Der Aether hat sich als ein viel empfindlicheres Präparat erwiesen, als man anfangs dachte. Er soll nur in dunkeln Flaschen à 50—100 g in den Handel gebracht und zur Vermeidung von weiterem Luftzutritt und der durch diesen bedingten Entwicklung von Aethylsuperoxyd sollten angebrauchte Flaschen ferner nicht mehr zur Narkose benutzt werden. Abgesehen von den bereits früher erwähnten Schattenseiten des Aethers werden 30 Pneumonien mit † 15, darunter 13 mit † 9 nach Bauchoperationen, berichtet. Es scheint, dass nach letzteren wegen des beim Husten empfundenen Schmerzes oft eine genügende Expectoration nicht statt hat. Die unangenehme Schleimabsonderung bei Aethernarkose wird von ANGERER und BRUNS auf den Luftzutritt zum Aether zurückgeführt und deshalb besondere Vorsicht, bezw. Anwendung von Reinigungsproceduren empfohlen.

P. Güterhock.

Rössler, Zur Kenntnis der Achillodynie. (Aus der I. chir. Universitätsklinik des Hofrats Prof. ALBERT in Wien.) Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLII. S. 272.

Unter dem Titel „Achillodynie" werden vom Vf. kurz 9 Fälle verschiedener Erkrankungen des unter der Achillessehne an ihrem Ansatze gelegenen Schleimbeutels beschrieben. Ein solcher fand sich 225mal an

140 Leichen Erwachseuer verschiedenen Alters, ausserdem bei 20 Neugeborenen. Er wird dadurch gebildet, dass sich die Achillessehne nicht direkt am Fersenhöcker, sondern etwas weiter unten an der Sohle ansetzt. Auf Grund genauer Untersuchungen unterscheidet Verf. eine akute und eine chronische Entzündung dieses Schleimbeutels und als Produkt letzterer können deformirende Veränderungen zurückbleiben. Von diesem Schleimbeutel vor der Achillessehne ist ein ziemlich selten vorkommender hinterer Schleimbeutel zu unterscheiden, welcher zwischen der Hinterfläche der Sehne und der Fascie liegt. Verf. will daher die gewöhnliche Achillodynie als „Achillo-bursitis anterior" von der viel selteneren Achillo-bursitis posterior trennen. Als Ursachen der Entzündung werden akutes und chronisches Trauma, sowie Gonorrhoe, auch uratische Diathese und Rheumatismus angeführt. Für die Behandlung empfiehlt Verf. Kompression mittelst feuchter Badeschwämme und, wo diese nichts nützt, Incision und Verödung des Schleimbeutels. P. Güterbock.

J. Brault, Contribution à l'étude de la chirurgie du sarcome primitif de l'intestin grèle. Arch. gén. 1895, juillet. p. 26.

Der in relativ kurzer Zeit bei einem nur 23jähr. afrikanischen Soldaten unter sehr vagen Symptomen entwickelte Darmtumor war Objekt einer Explorativ-Incision. Er überlebte diese nur 3 Monate. Bei der Autopsie erkannte man nach genauer Präparation, dass es sich um 2 grössere ampulläre Erweiterungen des Darms handelte, deren bis 2 cm dicke Wandungen aus einer typischen Neubildung, Rundzellensarkom, bestand. Die umfangreichere, bis kindskopfgrosse Erweiterung ging vom Anfang des Ileums aus, die zweite, etwas kleinere, von dessen unterer Hälfte. Verschwärungen als Ausgangspunkte dieser eigenartigen Geschwulstbildungen liessen sich nicht entdecken. Es fanden sich noch einige sarkomatös inficirte Mesenterialdrüsen, sonst aber keinerlei Metastasen.

P. Güterbock.

W. Czermak, Einiges zur Lehre von der Entstehung und dem Verlaufe des prodromalen und akuten Glaukomanfalls. Prager med. Wochenschr. 1897, No. 1—4.

Nach den Beobachtungen des Verf.'s besteht die bei Glaukom vorkommende Abflachung der vorderen Kammer schon vor Ausbruch des Leidens, ja in höherem Grade als während des akuten Anfalls. Veranlasst wird diese Abflachung durch Verminderung der Absonderung des Kammerwassers infolge der senilen Veränderungen in den absondernden Gewebsteilen, wie sie im Ciliarkörper genügend anatomisch nachgewiesen worden sind. Die senile Involution kann nun in gewissen Augen eine besondere Höhe erreichen, besonders wenn Erkrankungen der Gefässe (Atherom, Endarteriitis) bestehen, und so wird es in Augen, welche schon vermöge ihres Baues ohnehin flache Kammern haben, zu ganz besonders starken Verflachungen der Kammern kommen können. Dies Verhalten führt zu der während des akuten Glaukomanfalls nachgewiesenen Anlagerung der Iris an das Trabeculum corneo-sclerale im Kammerwinkel, wodurch es infolge Sperrung des Abflusses des Kammerwassers zur Drucksteigerung kommt. Die Anlage-

rung kann dadurch zu stande kommen, dass bei einer stärkeren Erweiterung der Pupille bei der ohnehin flachen vorderen Kammer sich der der Iriswurzel anliegende Teil verdickt und sich der Descemetis bis zur Berührung nähert, wodurch der Abfluss des Kammerwassers aus der vorderen Kammer in die Kammerbucht erschwert wird. Das in der Kammerbucht befindliche Kammerwasser wird durch den Schlemm'schen Venenplexus mit unveränderter Geschwindigkeit resorbirt, wodurch der Druck in der Kammerbucht rasch sinkt und zwischen ihr und der hinteren Kammer eine derartige Druckdifferenz entsteht, dass die dazwischen liegende Irispartie noch stärker ans Trabeculum angepresst wird, wodurch eine partielle Vortreibung der Iris entsteht. Nun ist der Abfluss noch weit mehr oder meist vollständig gehemmt, es steigt der Druck im Auge und es entwickeln sich die Symptome des krankhaft erhöhten Binnendruckes. Die Lösung der so entstandenen Sperre kann durch eine starke Kontraktion der Pupille erreicht werden. Gelingt dies nicht, dann nimmt der Binnendruck immer mehr zu, wodurch eine zunehmende Verengerung der intraocularen Venenstämme an ihren Austrittstellen hervorgerufen wird, die zu einer immer mehr steigenden Stauung im ganzen Venen- und Capillarsystem des Auges führt, was wiederum eine weitere Steigerung des Intracolaren Druckes zur Folge hat. Unter stets zunehmenden Schmerzen kommt es zu einer sehr hochgradigen Störung der Cirkulation im Auge, einer ungeheuren Blutüberfüllung im Gefässsystem derselben. Da die Mydriatica und Myotica eine Lähmung bezw. Reizung des Sphincters bewirken, so lässt sich daraus ihr verschiedener Einfluss in den disponirten oder Glaukomaugen erklären. Die verschiedenen Operationen haben den Zweck, entweder den natürlichen Abfluss des Kammerwassers wiederherzustellen oder einen neuen Weg zu schaffen. Auf die erste Weise wirkt die richtig ausgeführte Iridektomie, auf die zweite die Sklerotomie. — Jene Fälle von Glaucoma simplex, die niemals eine Erhöhung des Binnendruckes zeigen, rechnet Verf. nicht zum Glaukom, sondern hält sie für eine wesentlich verschiedene Erkrankung.

Horstmann.

Brühl, Ueber Thyreoidin-Behandlung bei adhäsiven Mittelohrprozessen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1897. I.

Verf. hat, angeregt durch die Versuche von Vulpius, in 16 Fällen von adhäsivem Mittelohrprozess längere Zeit hindurch die Thyreoidinbehandlung angewandt und damit 4 mal einen befriedigenden, 2 mal einen sehr guten Erfolg zu verzeichnen gehabt. Theoretisch hält Verf. bei der Behandlung mit Schilddrüsen zwei Wirkungsweisen für möglich: entweder ist der Effekt dem in ihnen enthaltenen Jod zuzuschreiben, oder es besteht ein Zusammenhang zwischen Funktion, resp. Ausfall der Schilddrüse und Gehörorgan.

M. Leichtentritt.

Heller und v. Schroetter, Die Carina tracheae. Ein Beitrag zur Kenntnis der Bifurkation der Luftröhre und ihre klinische Wichtigkeit. Zeitschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft.

Nach den Untersuchungen der Verff. an 125 Luftröhren fand sich der Sporn knorpelig gebildet in 56 pCt., membranös in 11 pCt. Von den knor-

peligen Sporen waren in 27 pCt. die Trachealringe an der Sporenbildung beteiligt, in 21 pCt. die Bronchialringe, und zwar in der Art, dass 15 pCt. auf den rechten, 3 pCt. auf den linken und 3,5 pCt. auf die rechten und linken ersten Bronchialknorpel kommen. Nachdem alsdann geschildert ist, in welcher Weise durch die verschiedenartige Ausbildung der Knorpelspangen Form, Lage, Grösse und Krümmung der Carina beeinflusst wird, weisen die Verff. noch auf einige andere Umstände hin, die das Bild der Teilungsstelle verändern können, so vor allem den Divergenzgrad der Bronchien. W. Lublinski.

Bussenius, Ueber Perichondritis cricoidea. Charité-Annalen. XXI. Jahrg.

Mitteilung dreier Fälle der erwähnten Erkrankung, von denen zwei syphilitischer Natur, der dritte, wie sich später ergab, tuberkulöser Art war. W. Lublinski.

Ehrlich, Zur Kenntnis der Antitoxinwirkung. Fortschr. der Med. 1897, No. 2.

Nachdem festgestellt war, dass in Toxin-Antitoxingemischen beide Komponenten als solche enthalten bleiben, ohne sich gegenseitig zu zerstören, waren für die Wirkung im Körper zwei Hypothesen aufgestellt worden. E. und Behring meinten, dass sich Gift und Gegengift in den Gewebsflüssigkeiten zu einer Art Doppelverbindung paaren, welche eine Krankheitserscheinung nicht auslöst, da sie nicht mehr, wie sonst das Toxin, in bestimmten Geweben fixirt wird, während Buchner und Roux die Ansicht vertraten, dass das Antitoxin nicht direkt auf das Toxin, sondern vielmehr auf die Zellen einwirke und diese gegen die Giftwirkung immunisire. Diese Fragen liessen sich nicht sicher entscheiden, da es nicht möglich war, ausserhalb des Körpers, im Reagensglase, die Verhältnisse zu verfolgen. E. hat nun mit Ricin, einem pflanzlichen Toxalbumin, welches in Bezug auf Immunisirung den Bakterientoxinen sehr nahe steht, Versuche angestellt.

Versetzt man defibrinirtes Blut mit Ricinlösung, so ballen sich die roten Blutkörperchen zu Häufchen zusammen, die miteinander verhacken und sich als festes, zusammenhängendes Gerinnsel auf dem Boden des Gefässes niederschlagen, während die darüber stehende Flüssigkeit wasserklar erscheint. Die Schnelligkeit des Vorganges ist abhängig von der Concentration der Ricinlösung. Wird aber die Ricinlösung mit Serum eines gegen Ricin immunisirten Tieres versetzt, so wird bei genügenden Mengen von Antiricinserum der Vorgang inhibirt und die Blutlösung bleibt unverändert.

Darauf prüfte E. die gleichen Ricin- und Antiricinmischungen, welche für die Blutuntersuchungen gedient hatten, am Tierexperiment. Er fand, dass unter den Verhältnissen, wo eine Ausfällung der Blutkörperchen stattfand, der Tod des Tieres eintrat, wo nur eine teilweise Abscheidung bestand, sich eine Induration an der Injektionsstelle ausbildete, wo die Wirkung im Reagensglase vollkommen ausblieb, das Tier ganz normal blieb. Da bei den Fällungsphänomenen keinerlei vitale Vorgänge in Betracht

Digitized by Google

kommen — sie treten in gleicher Weise in Blutgemischen auf, welche mit Kochsalz, Kaliumnitrat oder Kaliumchlorat gesättigt sind —, so spricht der Ausfall dieser Versuche gegen die cellulare Theorie von Roux und Buchner.

H. Bischoff.

Charrier et Apert, Recherche de la réaction agglutinante par la méthode de Widal dans les humeurs d'un embryon de trois mois expulsé par une malade atteinte de fièvre typhoïde bénigne. Compt. rend. de la soc. de biol. 1896, No. 35.

Verff. haben bei einem Embryo von 3 Monaten, welcher am 21. Krankheitstage der Mutter ausgestossen wurde, deren Blut am 14. und 21. Tage eine typische agglutinirende Wirkung auf Typhusbacillen zeigte, das Verhalten des Serums gegen Typhusbacillen untersucht. Sie konnten in dem fötalen Organismus agglutinirende Stoffe nicht nachweisen, während dieselben in der Placenta vorhanden waren. Diese Thatsache stimmt überein mit den Resultaten, welche Étienne bei einem Fötus von $4^1/_2$ Monaten fand, während Widal und Sicard im Blute neugeborener Kaninchen einer mit Typhusbacillen geimpften Mutter Agglutinine nachweisen konnten. Es scheint also beim Menschen die Placenta als Filter zu wirken und nicht nur die agglutinirenden Substanzen, sondern auch die Antitoxine des Typhus zurückzuhalten, denn wären letztere in den Fötus übergegangen, so würden sich in demselben die Agglutinine gebildet haben. Anders würden sich die Verhältnisse gestalten, wenn Läsionen der Placenta bestehen, welche den Typhusbacillen und ihren Produkten einen Uebergang in den kindlichen Organismus gestatten.

H. Bischoff.

---

1) **O. Heubner,** Ueber larvirte Diphtherie. Deutsche med. Wochenschrift 1894, No. 50. S.-A.

2) **E. Schlesinger,** Die Leukocytose bei Diphtherie. Arch. f. Kinderhlk. XIX. S. 378.

1) Als Beispiele der „larvirten Diphtherie" beschreibt H. drei Fälle, denen Folgendes gemeinsam ist: Zumeist kommen diese Formen im Krankenhaus, selten in der Privatpraxis zur Beobachtung. Immer handelt es sich um kranke oder vorher kränkliche, sehr junge Kinder, welche gewöhnlich einen längeren Aufenthalt im Krankenhause hinter sich haben. Die Diphtherie ist auf das frühere Leiden aufgepfropft und giebt sich zunächst nur durch wenig alarmirende, katarrhalische Erscheinungen, sei es der Athmungsorgane (Husten, Schnupfen), sei es der Verdauungsorgane (Erbrechen, Diarrhoeen), wenig charakteristisches Fieber und nicht auffallend von dem früheren Zustande sich abhebende Verschlimmerung des Allgemeinbefindens kund. Diese Erscheinungen sind ganz wohl mit dem Grundleiden, wegen dessen das Kind aufgenommen wurde, in Einklang zu bringen. Scheinbar ganz plötzlich tritt eine Kehlkopfstenose auf; es kann aber auch diese ausbleiben und erst in der Leiche sich aufklären, dass die Todesursache durch eine diphtherische Infektion mit bedingt gewesen war. — In einem der Fälle hatte H. beim ersten Auftreten des Schnupfens an Diphtherie gedacht; er konnte aber im Nasenrachenraum keine charakteristischen

Beläge entdecken, dagegen ergab die bakteriologische Untersuchung im Nasenschleim Löffler'sche Bacillen. — H. zieht aus diesen Beobachtungen die Lehre: überall, wo plötzliche Veränderungen im Befinden eines konstitutionell kranken Kindes auftreten, die mit Fieber und katarrhalischen Erscheinungen verbunden sind, die bakteriologische Diagnostik zu Hülfe zu nehmen, um rechtzeitig eine Behandlung mit Heilserum einleiten zu können.

2) Bei gesunden Kindern ist das Verhältnis der weissen zu den roten Blutkörperchen 12—13,000 : 5,100,000, d. h. 1 : 400. Von 24 untersuchten diphtheriekranken Kindern zeigten 21 Hyperleukocytose, 3 im Wesentlichen normale Verhältnisse. Der Grad der Hyperleukocytose schwankte zwischen 1 : 71 und 1 : 275. Die Diphtherie kann sonach ebensowohl mit einer grossen, als auch mit einer geringen Hyperleukocytose verlaufen. Alter der Kranken, Höhe des Fiebers, Schwere der Erkrankung sind nicht von bestimmendem Einfluss auf den Grad der Leukocytose. Dagegen lässt sich aus wiederholten Zählungen der weissen Blutkörperchen ein ziemlich sicherer Maassstab für den Verlauf der Krankheit gewinnen. Es ergab sich als Gesetz, dass die Hyperleukocytose, welche die Diphtherie begleitet, sich bei günstigem Ausgang vermindert, bei ungünstigem aber bestehen bleibt. In etwa $^3/_4$ der geheilten Fälle ging die Abnahme der weissen Blutkörperchen so weit, dass es zu einer mehr oder weniger beträchtlichen Hypoleukocytose kam (1 : 450 bis 700), und erst auf diesem Umwege stellten sich wieder die normalen quantitativen Verhältnisse des Blutes am 8. bis 12. Tage ein. Die Injektion des Heilserums beeinflusst die Hyperleukocytose meist in der Weise, dass zunächst eine mehr oder weniger beträchtliche und rapide Abnahme der Leukocytenmenge sich einstellt, — in einigen Fällen sank die Leukocytenzahl um 16—20,000 im Cubikmillimeter in 24 Stunden. Dieser Abnahme folgt meist am 3. Tage eine erneute Hyperleukocytose, die indess nicht mehr den Grad der ursprünglichen erreicht. In schweren Fällen, die naturgemäss auch mit grösseren Dosen Heilserum behandelt waren, machte die Hypoleukocytose erst am 4. bezw. 5. Tage der recidivirenden Hyperleukocytose Platz.

Stadthagen.

A. Schüle, Klinischer Beitrag zur Physiologie des Magens. Der Inhalt des nüchternen Magens. Berl. klin. Wochenschr. 1895, No. 55.

Unter 34 Sondirungsproben bei 9 Magengesunden fand sich 31mal Morgens nüchtern ein Mageninhalt von 2—23 ccm. Der Saft reagirte stets sauer, enthielt also zweifellos Magensekret. 7mal konnte freie Salzsäure nachgewiesen werden. Fast stets war dem Mageninhalte etwas Schleim beigemengt, öfter auch Galle. Gelegentlich fand sich Pepton, wenn auch nur in Spuren, in ähnlicher Weise Pepsin. Es folgt aus diesen Ergebnissen, dass sich im nüchternen Magen gesunder Personen fast regelmässig kleine Mengen von flüssigem Inhalt finden, welchem Sekret der Magendrüsen beigemischt ist, ein Ergebnis, welches mit den Resultaten von Martius genau übereinstimmt. Bedingt wird diese Sekretion des nüchternen Magens sicherlich durch das Einfliessen von Speichel oder Schleim aus dem Mund oder dem Pharynx. Die Frage, wie sich diesen Ergebnissen gegenüber die „pri-

märe, kontinuirliche Hypersekretion" Reichmann's und Riegler's verhält, beantwortet Sch. in folgender Weise:

a) Findet sich im nüchternen Magen ein Inhalt, welcher „hyperacid" ist, so muss man diesen als pathologisch auffassen, auch wenn er nur wenige ccm betragen sollte.

b) Uebersteigt die Menge des im nüchternen Magen befindlichen Inhalts 50 ccm (oder höchstens 100 ccm), so kann dies die Folge einer pathologischen Veränderung des Sekretionsmechanismus sein, muss es aber nicht sein.

c) Alkalische Reaktion des Mageninhalts spricht für eine Störung des Chemismus (Martius). C. Rosenthal.

F. Buol und **R. Paulus,** Meningitis tuberculosa nach Kopftrauma. Corr.-Blatt f. Schweiz. Aerzte 1896, No. 23.

Der von den Verff. publicirte Fall, der einen 28jährigen, früher tuberkulösen, dann anscheinend völlig gesunden Mann betrifft, kann als Typus für traumatische Tuberkulose dienen, eine Kategorie von Erkrankungen, die bei Begutachtung für Unfallversicherung die grössten Schwierigkeiten machen kann. Pat. erkrankte nach einem scheinbar unbedeutenden Kopftrauma mit Kopfschmerzen und verschiedenen cerebralen Störungen, die sich allmählich zu deutlichen meningitischen Symptomen entwickelten und den Tod herbeiführten. Bei der Sektion fand sich eine tuberkulöse Meningitis an der Konvexität des Hirns und als Centrum dieser Lokalisation mehrere ganz kleine, von sugillirtem Blut umschlossene und in beginnender bindegewebiger Einhüllung befindliche Knochensplitterchen, die zweifellos durch das anscheinend so unbedeutende Kopftrauma abgesprengt waren. Der Transport des tuberkulösen Virus an die verletzte Hirnpartie war offenbar aus einem tuberkulösen Herde in der Lunge (deren Autopsie nicht gemacht werden durfte) erfolgt. Perl.

H. Oppenheim, Ein Fall von Wirbelcaries mit ungewöhnlichem Verlauf. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 47.

Bei einem 15jährigen Knaben, der seit seinem 7. Lebensjahre an einer Spondylitis mit sekundärer Rückenmarkserkrankung litt, bestand seit 5 bis 6 Jahren eine vollständige spastische Lähmung der Beine mit Blasenschwäche, Gefühlsstörung und Steigerung der Haut- und Sehnenreflexe. Oktober 1894 behandelte O. den Knaben mit Applikation des konstanten Stromes an der erkrankten Partie der Wirbelsäule (Pott'scher Buckel an der oberen Brustwirbelsäule). Schon nach 14 Tagen konnte Verf. die Beine besser bewegen und seitdem schritt die Besserung weiter fort, so dass der Kranke nach 5—6jähriger Lähmung und Bettruhe jetzt imstande ist, allein zu gehen; auch die Gefühlsstörung und Blasenschwäche sind zurückgegangen. Eine hysterische Lähmung war natürlich ausgeschlossen und die unmittelbare Besserung nach der elektrischen Behandlung trotz der langen gleichmässigen Dauer der Lähmung bleibt immerhin auffallend; jedenfalls liegt die günstige Einwirkung des galvanischen Stromes hier sehr nahe,

Digitized by Google

wenn auch spontane Besserungen, ja Heilungen der Kompressionsmyelitis bei der tuberkulösen Spondylitis nicht so selten noch nach jahrelanger Dauer zur Beobachtung kommen. S. Kalischer.

W. Muratoff, Zur Kenntnis der verschiedenen Formen der diplegischen Paralyse im Kindesalter. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1895. VII. (1 u. 2.)

M. berichtet über 6 Fälle von diplegischer Paralyse bei Kindern, von denen 2 zur Sektion kamen. In dem einen fand sich eine doppelseitige Porencephalie infolge von Erweichung durch Gefässverschluss. Die Affektion begann im 6. Lebensjahre akut. Neben den Ausfallssymptomen fanden sich hier grobe Reizerscheinungen, die auf einen destruktiven Entzündungsprozess der Hirnrinde hinwiesen; die Pyramidendegeneration war hier sekundär. — In dem anderen Falle (angeborene hereditäre Lähmung) handelte es sich um einen abgelaufenen Entzündungsprozess mit konsekutiver Atrophie der Centralwindungen und mit einfacher Atrophie der Leitungsfasern (Pyramidenbahnen). Hier lag eine Entwicklungsstörung vor; es fehlten die Rigidität und die Zwangsbewegungen, welche im ersten Falle vorlagen, und Ausdruck einer Encephalitis mit ihren sekundären Veränderungen waren. Die Fälle lehren, dass die pathologischen Veränderungen trotz der Aehnlichkeit der klinischen Erscheinungen bei der diplegischen Paralyse der Kinder verschieden sein können. Bei erworbenen Formen ist sekundäre Degeneration mit allen Zeichen eines destruktiven Prozesses vorhanden. In den kongenitalen Formen sind Meningealblutungen mit konsekutiver Atrophie der Centralwindungen häufig; die sekundären Veränderungen der Pyramidenbahnen sind als einfache Atrophie und Entwicklungsstörung aufzufassen. S. Kalischer.

J. Schnitzler und **M. Reiner,** Zur Lehre vom Hirndruck. Wiener med. Bl. 1895, No. 20.

Die Verff. führten zwischen Dura und Cranium eine Gummiblase ein, durch deren Füllung der Raum des Schädelinhalts variabel beengt werden konnte. Maassen sie nun gleichzeitig den Druck im Subarachnoidalraum an der Cauda equina, so zeigte sich bei Erhöhung des Hirndrucks ebenfalls Druckzunahme am Filum terminale, welche aber bei unverändertem Hirndruck langsam und kontinuirlich zurückwich.

Es war nun festzustellen, wodurch der sonst sehr reichliche und schnelle Liquorabfluss gehindert wurde. Eine Unterbindung der Jugularvenen zeigte keinen erheblichen Einfluss, dagegen verhinderte ein auf die Hemisphären drückender Schwamm sehr bedeutend die Resorption von Flüssigkeiten, welche man unter Druck in den Subarachnoidalraum einlaufen liess.

Die langsame Rückkehr des Drucks zur Norm (s. o.) verwerten die Verff. gegen die v. Bergmann'sche Hypothese der Entstehung des allgemeinen Hirndrucks durch den Liquor. M. Brasch.

Digitized by Google

C. Helbing, Zur Kenntnis der Rückenmarksveränderungen beim Menschen nach Thrombose der Aorta abdominalis. Deutsche med. Wochenschrift 1896, No. 42.

Der 37 Jahre alte Patient wurde plötzlich von einer Lähmung beider Beine befallen, das linke wurde wieder gebranchsfähig, das rechte blieb gelähmt, gefühllos und wurde von Schwellung, livider Verfärbung und Gangrän befallen, am 40. Tage starb der Patient.

Die Sektion ergab einen reitenden Embolus der Bauchaorta mit Fortsetzung des Thrombus in beide Iliacae communes, Endarteriitis chronica und dementsprechende Veränderungen in den verschiedenen Organen. In der Gefässgegend lag rechts inmitten des gangränös zerfallenen Gewebes der N. ischiadicus frei.

Die Untersuchung des Nervensystems ergab eine sehr starke Degeneration der hinteren und vorderen Wurzeln, und zwar rechts erheblicher ausgeprägt als links, Schwund der Fasern in der grauen Snbstanz, eigentümliche Veränderungen in den Vorderhornzellen (schwarz gefärbte kleine Körnchen bei Färbung nach Marchi), Degeneration der Hinterstränge (R > L), geringe Erkrankung der Vorderseitenstränge — alles im Lendenmark; von dort aus eine aufsteigende Degeneration des rechten Goll'schen Stranges.

Die Nekrose des rechten Ischiadicus und Gangrän des gleichseitigen Beins veranlassen den Vf., den Fall in Analogie zu bringen zu den Fällen von Rückenmarksveränderungen nach Amputation eines Gliedes.

M. Brasch.

G. Hinsdale and **J. M. Taylor,** Crossed knee-jerk, or contra-lateral adductor reflex. Internat. med. magaz. 1895, june.

Es handelt sich hier um jene eigentümlichen Adductionsbewegungen des Oberschenkels, welche sich gelegentlich einstellen, wenn man zur Hervorrufung des Patellarreflexes die Patellarsehne des andersseitigen Beines beklopft.

Das Wesen dieses Phänomens ist ein viel umstrittenes, man bezweifelt seine Reflexnatur, es sind widersprechende Angaben über seine Beziehungen zum Patellarreflex verbreitet. Die Autoren glauben, dass dem Phänomen ein diagnostischer Wert zukommt, falls auf der untersuchten Seite Westphal'sches Zeichen besteht und auf der anderen der Adductorenreflex erfolgt; alsdann könne man sagen, die Hinterstränge seien intakt und das Ausbleiben des Patellarreflexes beruhe auf einer Erkrankung der Reflexcentren. Die Vff. beschreiben sodann noch einen Fall von, wie es scheint, multipler Sklerose, in welchem Beklopfen der Patellarsehne so heftige Adductorenreflexe hervorrief, dass beide Arme und Beine sich über kreuz verschränkten.

M. Brasch.

O. Werler, Ueber die Anwendung des citronensauren Silbers (Itrol) bei der Behandlung der Gonorrhoe. Dermatol. Zeitschr. III. S.-A.

Verf. hat 50 Fälle von meist akuten Gonorrhoen mit Itrollösungen in steigender Concentration (0,025—0,05 : 200,0) behandelt. Die Injektionen erwiesen sich vollkommen schmerzlos und veranlassten keine nennenswerte

Steigerung der Entzündungserscheinungen, Ausfluss und Zahl der Gonococcen nahmen rasch ab. Auch eine ausgiebige Tiefenwirkung des zu Irrigationen der Urethra posterior und zu Blasenspülungen ebenfalls mit befriedigendem Erfolge benutzten Mittels will W. konstatirt haben.

H. Müller.

Lukasiewicz, Ueber das erste und zweite Stadium der Alibert'schen Dermatose (Mycosis fungoides). Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXVII. S. 141.

Verf. hatte Gelegenheit, die genannte Affektion bei einem 46jährigen Manne zu beobachten, der aber — er litt nebenbei an chronischer Phthisis pulmonum und beginnender Tuberkulose des Darmes — nur die beiden ersten Stadien der Krankheit, das eczemartige und das der knotenförmigen Infiltrate, durchmachte und unter hochgradiger Cachexie zu Grunde ging, bevor es zur Bildung eigentlicher Tumoren kam. Die Untersuchung der Haut zeigte Hyperplasie des Epithels, vor allem aber eine Proliferation der Bindegewebszellen im Papillarkörper und Stratum subpapillare, infolge deren sich ein substituirendes, lockeres, zellreiches Gewebe entwickelte, das im zweiten Stadium besonders massig auftrat und seine Ausläufer selbst bis in die Subcutis entsandte. Trotzdem blieb die Struktur der Lederhaut, deren Elemente nur auseinander gedrängt wurden, erhalten. Die gewucherten Bindegewebszellen bildeten in allen Präparaten die Hauptmasse der Zellelemente, daneben fanden sich reichlich Mastzellen, verhältnismässig spärlich dagegen Leukocytenanhäufungen; es spielten also Emigrationsvorgänge nur eine geringe Rolle. Die genannten Veränderungen lokalisirten sich um die Blutgefässe, am intensivsten um die gefässreichen Haarbälge und Drüsen. Der anatomische Befund erinnert also am meisten an eine produktive Entzündung, respective an eine entzündliche Gewebsbildung und unterscheidet dadurch die früheren Stadien der Krankheit vom Eczema chronicum madidans und dem Pemphigus vegetans, welche klinisch mit ihnen eine gewisse Aehnlichkeit haben, die aber durch eine exsudative, mit hochgradiger Zellemigration verbundene Entzündung eingeleitet werden. Ueber die Ursache der produktiven Dermatitis, welche die Mycosis fungoides charakterisirt, gab auch dieser Fall keinen Aufschluss. H. Müller.

J. Darier, Pseudoxanthoma elasticum. Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIII. No. 12.

Unter diesem Namen beschreibt D. eine wahrscheinlich nur selten vorkommende Hautkrankheit, welche sich klinisch äussert in dem Auftreten gelblicher, leicht höckriger Flecke und Plaques von anscheinend unbegrenzter Dauer, die mit denen des echten Xanthoms grosse Aehnlichkeit haben. Sie unterscheiden sich aber von diesen durch ihren fast ausschliesslichen Sitz in den Hautfalten des Rumpfes und der grossen Gelenke, sowie dadurch, dass die Haut in ihrem Bereiche schlaff ist und eine auffallende Einbusse an Elasticität erkennen lässt. Anatomisch ist die Krankheit charakterisirt durch Schwellung, Zerreissung und schliesslichen Zerfall des elastischen Gewebes in lauter Krümelchen, welche Veränderungen Verf. als Elastorrhexis bezeichnet; es fehlen dagegen die spezifischen Be-

Digitized by Google

standteile des echten Xanthoms, nämlich Xanthomzellen und Fettkörner. Pathogenese und Natur des Pseudoxanthoma elasticum sind unbekannt; D. rechnet es den verschiedenen Formen der Hautatrophie zu. H. Müller.

---

de Wannemacker, Pathologie et traitement du prurit. Belgique médec. 1896. S.-A.

Verf. hat bei Hautjucken verschiedener Herkunft Salophen in Tagesdosen von 4—5 g mit gutem symptomatischem Erfolge gebraucht.

H. Müller.

J. Murphy, The surgical treatment of so-called puerperal fever. Brit. med. journ. 1896, Jan. 11.

M. hat 14 Fälle von Puerperalfieber nach seinen Prinzipien behandelt, mit 10 Heilungen und 4 Todesfällen.

Diese Prinzipien sind:

1. Entfernung des Giftes durch Curettement des Uterus und ev. Dammwunden, bis 3mal wiederholt.

2. Unschädlichmachung der Keime durch reichliche desinficirende Uterusausspülungen mit nachfolgender Jodoformgazetamponade.

3. Hochhalten der Pat. bis zur Elimination des Giftes durch passende Nahrung, Stimulantien, Medicin etc.

Ein Fall, der sehr schwer war, wurde geheilt durch 2maliges Curettement und 250 Ausspülungen des Uterus. A. Martin.

M. Johansen (Kiel), Ueber die Geburt bei Hydromeningo- und Hydrencephalocele. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 1.

Verf. giebt uns die Geburtsgeschichte eines Kindes mit einer Hydromeningocele von 20,5 cm Länge und 3 cm Umfang, die breitgestielt vom Os occipitale entsprang und dem Kinde bis zum Anus reichte. Bei der Geburt wurde versucht, aus der II. Schädellage, da kein Eintreten des Hinterhauptes stattfand, durch Lagerung auf die linke Seite eine Gesichtslage zu erzeugen. Die Beendigung der Geburt geschah mit der Zange im 2. schrägen Durchmesser. Die Entwicklung war sehr schwierig, da der Kopf im queren Durchmesser einschnitt, sich dann aber in den geraden mit Rotation des Kinnes nach hinten drehte. Hervorgebracht war diese Rotation durch den Zug der Geschwulst, die hinter die vordere, stark konvexe Uteruswand ausgewichen war, weil für sie zwischen Rumpf und Wirbelsäule nicht genug Raum war. Die Ursache, weshalb durch die Lagerung keine Gesichtslage zu stande kam, liegt nach dem Vf. in dem wenig ausgebildeten, abgeflachten Hinterhaupte des Kindes.

Aus der Litteratur sind 10 ähnliche Fälle gesammelt. Die Geburt erfolgte dabei: 4mal in Gesichtslage, 2mal in Schieflage, 1mal in Querlage, 1mal in Steisslage, 2mal in Schädellage. Davon verliefen 4 spontan, die übrigen mit Kunsthülfe. A. Martin.

Digitized by Google

J. Weil, Osteomalacie und Kastration. Prager med. Wochenschr. 1896, No. 5/6.

Nach Mitteilung einer eigenen Beobachtung zieht Verfasser folgende Schlüsse:

1. Die Kastration ist ein nahezu sicheres Heilmittel der Osteomalacie.

2. Die Kastration ist erst dann auszuführen, wenn alle übrigen Heilmethoden erfolglos versucht wurden, oder wenn der Zustand der Kranken ein derartiger ist, dass er eine länger dauernde versuchsweise medikamentöse Behandlung nicht mehr verträgt, d. h. bei vitaler Indikation.

3. Zu rechtfertigen ist die Kastration ohne vorhergehende medikamentöse Behandlung, wenn dadurch bei progredienter, puerperaler Osteomalacie neuerliche Schwängerung unmöglich gemacht werden soll.

4. Beim Kaiserschnitt wegen Osteomalacie wird man stets mit oder ohne Erhaltung des Uterus die Ovarien entfernen müssen. A. Martin.

S. Gottschalk, Die Retroflexio uteri, ein Folgezustand der Amputation der Vaginalportion. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 18.

Verfasser verwirft die Amputatio portionis vaginalis bei Endometritis, Anteflexionen etc. vollständig und hält diese Operation auch bei der Colporrhaphie einschliesslich der Fälle mit hypertrophischer Vaginalportion für schädlich, weil sich eine Reihe von Störungen danach einstellen, z. B. tiefe Narben im Laquear, Anlage zu Abort, Retroflexio uteri. An der Hand von 5 Fällen, bei welchen sichere Beweise vorliegen, dass die Retroflexio zur Zeit der Operation noch nicht bestanden hatte, beweist G., dass die Retroflexio uteri eine Folge der Amputation der Vaginalportion ist. Die Ursache für diese schädliche Wirkung führt Verf. auf die Aenderung der statischen Verhältnisse und auf die narbigen Veränderungen in den Ligam. cardinalis, sowie auf die narbige Verkürzung der vorderen Scheidenwand zurück. Der grosse Nachteil einer solchen Retroflexio liegt darin, dass eine Pessarbehandlung unmöglich ist und dass grosse Beschwerden durch die Narben im pericervicalen Gewebe hervorgerufen werden. Die Amputation der Vaginalportion ist nach G. auf die Fälle von bedeutender Hypertrophie des Scheidenteils der Portio, welche durch Bettruhe nicht zurückgehen, zu beschränken. A. Martin.

H. Cripps, Thirteen cases of strangulated ovarian cysts. Lancet 1896, Febr. 15.

Es werden an der Hand von 13 innerhalb 8 Jahren operirten Fällen von Ovarialcysten, die mit Stieltorsion complicirt waren, die Symptome, Prognose und Behandlung bei der erwähnten Complikation besprochen. C. macht sofort bei Auftreten der Zeichen für Stieltorsion Cöliotomie; ist schon Peritonitis da, schliesst er ausgiebige Durchspülungen und Drainage der Peritonealhöhle an. Von den 13 Fällen verlor er zwei.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 8. Mai. No. 19.

Inhalt: Jablonski, Zur Physiologie der Pankreasdrüse. — Zinn, Stoffwechseluntersuchungen mit Fleischpepton. — Blum, Ueber Protogen und sein physiologisches Verhalten. — Ehrlich und Lindenthal, Blutbefund bei Nitrobenzolvergiftung. — Unger, Krebs des Ductus thoracicus. — Eichel, Ueber Schussverletzungen mit dem Armee-Revolver 83. — Hufschmid, Fall von Aneurysma der Vertebralarterie. — Löwenberg, Pseudodiphtheritische Ohrenaffektion. — Kaufmann, Otalgie bei Influenza. — Massei, Ueber die akuten Verengerungen des Kehlkopfs. — Bergeat, Heilung von Lupus durch Guajakolvasogen. — Hutinel und Labbe, Ueber Staphylococcen-Infektionen bei Kindern. — Brosch, Tödliche Austernvergiftung. — Svehla, Zur Pathologie des Typhus. — Mintz, Ueber Magenfunktion bei Oesophaguscarcinom. — Bell, Fall von Thrombose der Bauchaorta. — Chauffard, Harold, Urquhart, Fälle von Raynaud'scher Krankheit. — Fischer, Fall von Erythromelalgie. — Bailey, Herzkrankheiten bei Tabes. — Oppenheim, Ueber die Aphasie bei otitischem Hirnabscess. — Wille, Ueber Rückenmarksveränderungen nach Exartikulation des Oberarms. — Goldstein, Ueber Radialislähmung bei Humerusfraktur. — Spiegel, Seltene Hautaffektion. — Leistikow, Jodvasogen bei Sypbilis. — Piering, Ueber Bauchbinden. — Meyer, Ueber intrauterine Kindsbewegungen. — Kleinwächter, Gefahr der Fibromyome bei Gravidität. — Leith, Fall von inoperablem Cervixcarcinom.

J. Jablonski, Contribution à la physiologie et à la pharmacologie de la glande pancréatique. III. communicat. Arch. des sciences biolog. de St. Pétersbourg. IV. S. 377.

Aus Versuchen Kondrevietski's schien hervorzugehen, dass das Pankreas Fermente producirt, die in ihrer verdauenden Kraft der zu verarbeitenden Nahrung angepasst sind. Bei Eiweissnahrung nimmt die proteolytische Wirksamkeit zu, die diastatische ab, umgekehrt bei Kohlehydratnahrung. — Jablonski hat diese Versuche wiederholt und erweitert; er prüfte an einem mit Pankreasfistel versehenen Hunde, dessen Gewicht zwischen 17 und 19 kg schwankte, in vier 24stündigen Versuchen die proteolytische, diastatische und fettspaltende Wirkung des Saftes und bestimmte zugleich seinen Trockenrückstand und dessen Gehalt an organischen und anorganischen Bestandteilen. Die Versuche fanden am 30., 40., 52.

und 76. Tage einer Brot-Milch-Nahrung statt. — Was zunächst die Mengen des abgesonderten Pankreassaftes betrifft, so betrugen diese im Mittel 390,5 ccm, im Mittel pro Kilo Tier 21,8 ccm. Die Maxima waren 425,8 resp. 24 ccm, die Minima 364,5 resp. 18,7 ccm. Organische Substanz war in ihm im Durchschnitt pro Tag zu 7,737 g = 1,168 g Stickstoff enthalten.

Was die fermentative Wirksamkeit anlangt, so sank die proteolytische vom 30. zum 72. Tage progredient; an letzterem fehlte sie gänzlich. Sie stand in keiner Beziehung zur Menge des Trockenrückstandes des Saftes.

Die diastatische und fettspaltende Wirksamkeit zeigte kein gesetzmässiges Verhalten. Erstere war gering im ersten und vierten, grösser im zweiten und dritten Versuche; letztere war am grössten im zweiten, am geringsten im vierten Versuche. A. Loewy.

W. Zinn, Ueber Stoffwechseluntersuchungen mit dem Fleischpepton der Compagnie Liebig und über seine praktische Verwendung. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 46.

Den Untersuchungen mit KEMMERICH's und DENAYER's Fleischpepton schliessen sich die vorliegenden an. In drei je 12tägigen Versuchen, die sich aus 4 Vortagen, 4 Versuchs- und 4 Nachtagen zusammensetzen, hat Verf. an zwei weiblichen Personen die Ersetzbarkeit des Eiweisses durch Pepton-Liebig und seine Ausnützung im Darme geprüft. Die Stoffwechselversuche sind mit allen Cautelen und unter gleichzeitiger Analyse der aufgenommenen Nahrung ausgeführt; die eingeführte Peptonmenge betrug ca. 60 pCt. der gesammten N-Zufuhr. Es fand sich, dass auch das Liebig-Pepton das Nahrungseiweiss zu ersetzen vermag. Auch die Ausnutzung desselben war bei der einen Person dieselbe wie die des Eiweisses, bei der zweiten war sie ein wenig vermindert. Verf. möchte das Fleischpepton seines reichen Gehaltes an Extraktivstoffen wegen besonders bei Anämischen, Chlorotischen, Phthisikern mit darniederliegender Verdauung anwenden.
A. Loewy.

F. Blum, Ueber Protogen und sein physiologisches Verhalten. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 47.

Albumin, mit Formol behandelt, geht mit dem Formaldehyd eine Verbindung ein (indem sich dieses mit der Amidogruppe des Eiweisses vereinigt?). Diese, vom Verf. Protogen genannt, ist durch Hitze ungerinnbar, zersetzt sich durch Hitze nicht, kann also sterilisirt werden. Durch Alkohol gefällt, bleibt es in Wasser löslich. Durch Behandlung der Fällung mit 80proc. Alkohol kann es gereinigt werden und bildet ein weisses, wasserlösliches Pulver. Verf. hat nun mit Protogen Stoffwechselversuche am Menschen angestellt von 6—12tägiger Dauer. War die Nahrung so gewählt, dass in der Vorperiode Stoffwechselgleichgewicht bestand, so trat in der Protogenperiode N-Ansatz ein, in der Nachperiode kam es wieder zu N-Gleichgewicht. War schon in der Vorperiode N-Ansatz vorhanden, so steigerte sich dieser in der Protogenperiode. Auch wenn Protogenmengen gereicht wurden, die das vorher gereichte Eiweiss nicht vollständig er-

Digitized by Google

setzten, trat doch noch N-Ansatz ein; ebenso, wenn eine Eiweissmenge durch Protogen ersetzt wurde, die nicht ganz zur Herstellung von N-Gleichgewicht ausgereicht hatte. — Protogenklystiere wurden resorbirt, so dass Eiweissansatz und Körpergewichtszunahme zu stande kam (2tägiger Versuch). Protogenlösungen, Hunden subkutan injicirt (Lösung von 10 g in 24 Stunden), erzeugten keine Albuminurie.

In allen Fällen war während der Protogendarreichung die Fettresorption verbessert.

Auffallend ist, dass stets die N-Menge im Kot gegenüber den Perioden mit Eiweissnahrung gesteigert war.

Trotz der vorzüglichen Verwertung ergab sich in Reagensglasversuchen, dass bei der Pepsinverdauung eine Peptonisation nur in geringem Maasse eintritt; der grösste Teil bleibt auf der Stufe des Säurealbumins stehen (resp. im Darm als Alkalialbuminat).

Dies ist ein Beweis, dass die Eiweisse zwecks Verwertung nicht in Peptone verwandelt sein müssen. A. Loewy.

K. Ehrlich und **O. Lindenthal**, Eigentümlicher Blutbefund bei einem Fall von protrahirter Nitrobenzol-Vergiftung. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 30. S. 427.

Eine 50jährige Frau, die bereits 2 Monate vorher einen Vergiftungsversuch mit ca. 100 g Mirbanöl gemacht hat, nahm am 25. Mai 1894 abermals ca. 100 g Mirbanöl, mit Rum gemischt, zu sich, wovon sie allerdings einen grossen Teil durch wiederholtes Erbrechen wieder entleerte. Pat. wird bewusstlos, stark cyanotisch; der Atem und das Erbrochene riechen stark nach Bittermandelöl. Haut und sichtbare Schleimhäute haben eine eigentümlich graue Farbe. Nach ca. 12 Stunden kehrt das Bewusstsein zurück; Pat. klagt über starke Magenschmerzen. Die Cyanose nimmt ab, der Kräftezustand sinkt unter geringer Nahrungsaufnahme sehr rasch. Am 10. Tage tritt leichter Icterus auf; es bildet sich ein Decubitus, Pat. wird somnolent. Am 17. Tage tritt der Exitus ein.

Der nur schwer aufzufangende Urin riecht am Tage nach der Vergiftung deutlich nach Bittermandelöl, ist daneben ammoniakalisch, enthält Albumin. Im Sediment sieht man neben vielen Eiterzellen und spärlichen granulirten Cylindern gelbe amorphe Tropfen, kreisrund und doppelt contourirt.

Die Ursache der Cyanose bei der Nitrobenzolvergiftung ist die Zerstörung der roten Blutzellen. Die graue Hautfarbe steht mit dem Nachweis von Methämoglobin im Blute im Zusammenhang. Die spektroskopische Untersuchung des Blutes zeigt anfangs einen scharfen Absorptionsstreifen im Rot neben den beiden Oxyhämoglobinstreifen; dieser mit abnehmender Deutlichkeit ca. 7 Tage nachweisbare Streifen ist der des Methämoglobins. Die mikroskopische Blutuntersuchung zeigt in den beiden ersten Tagen nichts Abnormes; erst am dritten Tage treten auffallende Grössenunterschiede der Erythrocyten hervor, daneben vereinzelte kernhaltige Normoblasten und eine leichte Leukocytose. Die Poikilocytose nimmt in den nächsten Tagen zu; zahlreiche Gigantoblasten treten auf, auch die Zahl

der Normoblasten steigt. Die Leukocytose wird immer stärker; am 10. Krankheitstage beträgt das Verhältnis der weissen zu den roten Blutkörperchen 1 : 27, am 13. Krankheitstage 1 : 18, um dann bis zum Exitus wieder zu sinken. Das Verhältnis der kernhaltigen Blutkörper zu den übrigen roten Blutkörperchen ist am 8. Krankheitstage mit 1 : 56 am stärksten, nimmt dann zuerst unbedeutend, nachher rapide ab, so dass es am Tage des Exitus nur noch 1 : 1700 beträgt.

Besteht die primäre Wirkung des Nitrobenzols in einer Auflösung der roten Blutzellen und Umwandlung des frei gewordenen Oxyhämoglobins in Methämoglobin, so ist die Ueberschwemmung des Blutes mit kernhaltigen Erythrocyten durch das Bestreben der blutbildenden Organe bedingt, diesen gewaltigen Verlust an Blutzellen zu decken. Die starke, fast an ein myelogene Leukämie erinnernde Leukocytose ist vielleicht eine durch chemotaktische Einflüsse bedingte Folge des im Blute kreisenden Giftes oder des hier vorhandenen Methämoglobins, wenn auch eine direkte Reizung des Knochenmarks nicht auszuschliessen ist.

Dass der hier vorhandene Blutbefund der perniciösen Anämie nahe steht, dafür sprechen auch die bei der Sektion gefundenen Fettdegenerationen des Herzens, der Leber und der Nieren. M. Rothmann.

E. Unger, Krebs des Ductus thoracicus. Virchow's Arch. Bd. 145. S. 581.

Eine 49jährige Frau, der vor $^5/_4$ Jahren der Uterus wegen Krebs exstirpirt worden ist, ist seit $^3/_4$ Jahren stark abgefallen, klagt über Husten, Schüttelfröste und Anschwellung der Füsse. Die Untersuchung ergiebt starke Oedeme, über den Lungen hinten beiderseits vom Angulus abwärts Dämpfung. Die Probepunktion ergiebt ein chylöses Exsudat. Der Urin zeigt reichlich Eiweiss und Blut. Die Exsudate steigen rasch und 10 Tage nach der Aufnahme tritt der Exitus ein. Die Sektion ergiebt Ascites chylosus und Chylothorax duplex, Krebsmetastasen des Beckenzellgewebes, Parametrium, Peritoneum, der inguinalen, retroperitonealen, mediastinalen Lymphdrüsen, des Ductus thoracicus, der linken Niere. Es besteht eine Thrombose der Vena cruralis, Embolie der Art. pulmon. sin. mit hämorrhagischem Infarkt der linken Lunge.

Der Ductus thoracicus ist in seinem Anfangsteil vollständig verstopft durch ziemlich feste, nur an einzelnen Stellen zerfallende bröcklige Massen. Erst bei seinem Uebergang über die Wirbelsäule wird das Lumen frei, während die Wand noch spärliche Knoten enthält, und an der Mündungsstelle in die Vena subclavia ist der Ductus normal. Die in der Wand gelegenen Knötchen bestehen aus alveolärem, epidermoidale Zellen einschliessendem Bindegewebe; sie haben Media und Intima ganz ergriffen bei intakter Adventitia.

An den Stellen völliger Thrombose des Ductus thoracicus fehlt das normale Endothel fast ganz; das Lumen ist teils von Fibrinfäden, teils von alveolären Krebsnestern ausgefüllt.

Wenn in diesem Fall der Verschluss des Ductus thoracicus auch zu Stauungserscheinungen geführt hat, so sind dieselben doch nur mässige in

Folge der Entwicklung der collateralen Lymphgefässe; auch sind die Fibringerinnsel zum Teil noch ganz frisch, offenbar erst kurz ante exitum entstanden. M. Rothmann.

Eichel, Ueber Schussverletzungen mit dem deutschen Armee-Revolver 83. Arch. f. klin. Chrir. XLII. S. 120.

Die auf Anregung von Madelung in Strassburg unternommenen Versuche hatten folgende Ergebnisse: 1. Die Hauteinschuss- und Ausschusswunden sind im Allgemeinen rund, dem Kaliber des Geschosses entsprechend. 2. Die Muskelschusswunden sind dem Geschossdurchmesser entsprechende Kanäle, die 3. bei den Knochenweichteilschüssen durch die mitgerissenen Knochenteile durchsetzt werden und mit Knochentrümmern imprägnirt sind. 4. Die Knochen selbst bieten dem Geschoss einen ihrer Härte entsprechenden Widerstand, den dasselbe nicht immer zu überwinden im stande ist. Lochschüsse finden sich nur in den platten Knochen, auch hier mit Splitterungen in der Compacta. Die Epiphysen der Röhrenknochen zeigen gleichfalls im grossen Ganzen Lochschüsse, doch gehen von ihnen starke Risse nach allen Richtungen, die eine Loslösung von Knochensplittern bedingen. Die Diaphysen verhalten sich nach der Härte der getroffenen Knochen und der Entfernung verschieden: entweder sie lassen das Geschoss abprallen, oder sie erhalten einen oberflächlichen Eindruck, ohne in ihrer Continuität aufgehoben zu werden, oder sie werden gänzlich zertrümmert. 5. Die Blutgefässe werden mehr oder weniger ausgiebig zerrissen. 6. Die Lungen bieten im Allgemeinen den Weichteilen entsprechende Schusskanäle. Werden jedoch die grossen Gefässe der Lungenwurzeln durchschlagen, so finden sich dahinter Zertrümmerungsherde im Gewebe. 7. Stets finden sich solche Höhlen mit weitgehenden Rissen ins Gewebe bei den Leberschüssen. 8. Der Darm wird von der Revolverkugel je nach seinem Lumen lochförmig durchbohrt oder von seinem Mesenterium abgerissen. Auch der Darm, der, der Kugel ausweichend, gestreift ist, wird so schwer verletzt, dass er sicher lokaler Gangrän verfallen wird. Meist ist der Magendarm kanal mehrfach perforirt. Kotaustritt findet stets statt. 9. Für die Schädelschüsse ist betreffs des Zustandekommens einer Sprengwirkung die Härte des Knochens und die Entfernung massgebend. Je dünner der Schädel und je näher das Ziel, um se stärker tritt dieselbe ein. 10. Die Geschosse werden schon bei Weichteilschüssen deformirt. Bei Knochenschüssen sitzen feinste Bleiteile im getroffenen Knochen, grössere werden abgetrennt, und es kommen die verschiedenartigsten Geschossformen dadurch zu stande. In den hierdurch entstandenen Vertiefungen des Geschosses finden sich häufig Teile der getroffenen Gewebe. P. Güterhock.

C. Hufschmid, Ein Fall von nicht-traumatischem Aneurysma der Arteria vertebralis. (Aus der kgl. chir. Klinik zu Breslau.) Arch. f. klin. Chir. LII. S. 23.

Ein 58jähriger, früher mehrfach kränkelnder, in den letzten 14 Jahren aber gesunder Mann erkrankte vor ca. 3 Jahren an vorübergehendem Bluthusten und dann vor ca. 5 Wochen, angeblich nach einer plötzlichen Be-

wegung des Kopfes nach unten, erst mit stechendem Schmerz links am Halse, dann mit einer indolenten, erst haselnussgrossen, schnell aber bis zu Hühnereigrösse gewachsenen Geschwulst. Seit Beginn des Leidens bestehen Schluckbeschwerden, im Uebrigen liess sich allgemeine Arteriosklerose darthun. Der an der Grenze des unteren und mittleren Drittels des linken Kopfnickers beginnende und von diesem bedeckte, bis zur Höhe des Kieferwinkels reichende, glattwandige, etwas komprimirbare Tumor pulsirt deutlich. Ueber dem Tumor verläuft ein pulsirendes Gefäss von der Stärke der Carotis, dessen Kompression Aussetzen des Pulses der Art. tempor. sin. zur Folge hatte. Da im Uebrigen der Puls beider Aa. temp. symmetrisch war, konnte es sich nur um ein Aneurysma der A. carot. int. oder der A. vertebralis handeln. Da aber bei Kompression beider Carotiden der Puls nur in den Gefässen über dem Aneurysma, nicht aber in diesem die Pulsation schwand, musste man sich für Aneurysma der A. vertebr. entscheiden. Bei fernerer Untersuchung fiel ausserdem eine Differenz in der Weite und Lichtreaktion zu Ungunsten der linken Pupille auf. Die Operation wurde von Mikulicz nach Chassaignac mit einem 7—8 cm langen, von Kehlkopfhöhe abwärts, erst am hinteren Rand des Kopfnickers unten aber fingerbreit abweichend in die Fossa supra-clavicul. verlaufenden Schnitt gemacht, die grossen Halsgefässe freigelegt und das über die Geschwulst gehende Gefäss als A. carot. comm. erkannt. Da die Freilegung des unteren Pols der Geschwulst sammt dem Anfang der A. vertebralis wegen räumlicher Beengung Schwierigkeit bot, wurde die Port. clavicularis des Kopfnickers ca. 3 cm über der Clavicula quer durchtrennt. Hierauf leichte Freilegung und doppelte Unterbindung der A. vertebral. in ihrem Ursprung aus der A. subclavia durch Catgut und Naht der getrennten Muskulatur durch Catgut. Nach gutem Wundverlauf wurde Pat. nach 14 Tagen mit kleiner granulirender Wunde, ohne Pulsation an der Stelle des früheren Tumors bei unveränderter Pupillendifferenz und Puls von 96 entlassen. Der gute Zustand — an Stelle des Tumors war in der Tiefe eine kleine Verhärtung zu fühlen — war noch nach 3 Monaten darzuthun; nach ca. 13 weiteren Monaten Tod an Hirnschlagfluss. Keine Autopsie.

In der Epikrise wird gebührend auf die Seltenheit, bezw. Isolirtheit des vorstehenden Falles (es sind bis jetzt nur wenige traumatische Fälle beschrieben) und auf die günstige Modifikation des Chassaignac'schen Schnittes durch die von Mikulicz geübte Durchtrennung der Portio clavicularis, sowie auf die diagnostische Verwertung der Pupillendifferenz hingewiesen. P. Güterbock.

Löwenberg, Étude bactériologique et clinique sur une affection nouvelle de l'oreille (pseudo-diphthérie auriculaire à streptocoques). Bullet. méd. 1897, No. 19.

L.'s Beobachtung betrifft ein 13jähriges Mädchen, bei welchem im Anschluss an die Applikation der Weber'schen Nasendouche sehr heftige Schmerzen im linken Ohr, Taubheit, subjektive Geräusche und Schwindelerscheinungen auftraten. Das Mädchen hatte vorher an einer fieberhaften Angina gelitten. Bei der otoskopischen Untersuchung fand sich im Gehörgang eine geringe Menge seröser Flüssigkeit, die Wände desselben ebenso

Digitized by Google

wie das Trommelfell bedeckt mit einer dicken, fest anhaftenden Pseudomembran, die den Verdacht auf Diphtherie um so mehr erweckte, als auch auf den Tonsillen und dem Velum palatin. sich gelbliche Plaques befanden. Die bakteriologische Untersuchung ergab jedoch, dass in den mit den letzteren beschickten Röhrchen nur Staphylococcus aureus, in den mit dem Sekret und den Pseudomembranen des Gehörgangs angelegten Kulturen nur Streptococcus pyogenes aufgingen. Die letzteren erwiesen sich bei Impfung auf Tiere sehr virulent. Die mikroskopische Untersuchung der Pseudomembran ergab, dass dieselbe aus einer massenhaften Anhäufung von Leukocyten bestand, deren Kerne deutliche Karyokinese zeigten und die durchsetzt war mit zahlreichen Streptococcen. Löffler'sche Bacillen wurden nirgends gefunden. Die Ursache für das Auftreten der Streptococcen sieht Verf. in der Anwendung der Nasendouche, durch welchen die schon beim Gesunden im Nasenrachenraum vorhandenen Mikroorganismen in Tuba und Cavum tympani gelangten. Dass das letztere mit afficirt war, ergab sich aus der durch das Vorhandensein eines Perforationsgeräusches erwiesenen Perforation des Trommelfells. Die fast absolute Taubheit für alle Schallquellen veranlasst den Verf. anzunehmen, dass auch das Labyrinth mit afficirt gewesen sei. Unter lokaler Behandlung (Einträufelungen von 1 pro Mille Sublimat-Alkohol) trat vollständige Heilung mit normalem Hörvermögen ein. Schwabach.

Kaufmann, Otalgie bei Influenza. Wiener med. Bl. XIX. 51.

Verf. hat während der Influenza-Epidemie im November 1896 innerhalb 14 Tagen 7 Fälle von Otalgie beobachtet, die bei vollkommen negativem Ohrbefund, unter Fieber und Allgemeinsymptomen beginnend, rasch eine grosse Intensität erreicht, mit geringen Unterbrechungen 4—8 Tage anhält, um dann allmählich abzuklingen. Ohne einen positiven Beweis dafür erbringen zu können, glaubt Verf. diese Otalgie auf das Conto Influenza setzen zu müssen, gestützt darauf, dass in einem analogen, zu gleicher Zeit auf der Neusser'schen Klinik (Wien) beobachteten Fall sich im Auswurf Influenzabacillen fanden. M. Leichtentritt.

Massei, Ueber die akuten Verengerungen des Kehlkopfs bei Kindern und ihre Behandlung. Wien. klin. Rundschau 1897, No. 7.

Es giebt verschiedene pathologische Zustände, welche mit grosser Schnelligkeit eine Verengerung des Kehlkopfs bei Kindern hervorbringen können. Zu diesen gehören die Larynxstenosen, die durch den Einfluss hoher Temperaturen erzeugt werden, die Exantheme (Masern, Pocken, Varicellen, Pemphigus, Erythema nodosum, Nesselfieber), der Soor, Fremdkörper, Stimmritzenkrampf, Kehlkopfkatarrh mit Stimmritzenkrampf, Pseudokrup, Krup, Peri-tracheo-laryngeal-Abscess. Die Unterscheidung dieser verschiedenen Zustände ist einfach, wenn die Untersuchung mit dem Spiegel gelingt; andernfalls muss man die hervorstechendsten klinischen Symptome benutzen, die Verfasser auseinandersetzt. Die Behandlung der entzündlichen Affektionen und des Oedems beruht auf der Anwendung der Kälte.

Morphium subkutan kann auch bei Kehlkopfkatarrh mit permanentem Krampf bei Kindern über 2 Jahren wunderbare Wirkung ausüben. Bei beginnendem Krup kann das Heilserum zu guten Resultaten führen. Immerhin muss man auf die Tracheotomie vorbereitet sein, ev. die Intubation anwenden können, die sogar vorzuziehen ist; bei den schwersten Fällen genügen beide nicht. Beim Stimmritzenkrampf, beim einfachen oder mit Keuchhusten complicirten, beim Katarrh mit Krampf, beim Pseudokrup, bei der ödematösen Laryngitis ist die Intubation vorzuziehen; bei Fremdkörpern ist die Tracheotomie notwendig; bei Soor ist es Verf. gelungen, mit einer Sonde die Atmung wiederherzustellen, nachdem dieselbe die Pilzmassen loslöste.

W. Lublinski.

Bergeat, Heilung eines intranasalen Lupus durch Guajakolvasogen. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 52.

Bei einer 40jahr. Frau mit Lupus vulg. der äusseren Nase war auch die innere Nase rechts afficirt. Watteröpfe, mit 10proc. Guajakolvasogen getränkt und den Tag über in der Nase gelassen, hatten in 1 bis $1^1/_2$ Monaten sämmtliche Affektionen der inneren Nase bei meist zweitägiger Anwendung beseitigt. Die Applikation ist während 1—3 Stunden ziemlich schmerzhaft.

W. Lublinski.

Hutinel et **Labbe,** Contribution à l'étude des infections staphylococciques particulièrement chez l'enfant. Archives générales de médecine 1896. p. 641.

Verff. beschränken sich auf die Fälle, in denen die Staphylococcen in Folge Infektion oder Toxinwirkung die Ursache schwerer Symptome, von Komplikationen und selbst des Todes sind. Zunächst jedoch besprechen sie den Hauptfund der Keime, die Eingangspforten in den menschlichen Körper, und die Art, wie sie ihn inficiren. Staphylococcen kommen regelmässig sowohl in den oberflächlichen wie in den tiefen Schichten der Haut vor, sie liegen meist in der Hornhautschicht und in den Ausführungsgängen der Haarfollikel. Das anderweitige Vorkommen ist von geringerem Einfluss, zumal bei Kindern geht davon selten eine Allgemeininfektion aus. — Dass der gewöhnlich als Saprophyt die Haut bewohnende Keim pathogene Eigenschaften erlangt, liegt entweder an dem Keim selbst, oder an dem Terrain, auf dem er sich entwickelt. Die Virulenz kann gesteigert werden durch häufige Tierpassage; z. B. ein Säugling inficirt die Mutter, indem er Schrunden an der Mammille macht und diese mit bis dahin inoffensiven Keimen des Speichels impft; die Keime entwickeln sich und rufen eine Mastitis hervor, von welcher dann das Kind eine schwere Stomatitis bekommt. So wird auch häufig in Krankenhäusern eine lokale und benigne Eiterung Ausgangspunkt für eine Reihe visceraler Infektionen und Bronchopneumonien, deren Schwere mit der Zahl der Fälle wächst. — Von noch grösserem Einfluss auf das Zustandekommen einer Infektion ist die Beschaffenheit des Organismus. So bedingt das Alter des Kindes die Schwere der Fälle, das neugeborene bietet einen günstigeren Nährboden als das ältere Kind, welches widerstandsfähiger ist. Die Dentition schafft eine Disposition für die Mundschleimhaut, das Wachstum für die Knochen der

Extremitäten. Neben diesen physiologischen Vorgängen begünstigen eine Infektion akute und chronische Krankheiten. So sind Staphylococcen-Infektionen sehr häufig bei Typhus, Pneumonie, Masern, Scharlach. Ebenso schaffen chronische Erkrankungen, Erkrankungen des Digestionstraktus, Albuminurie, Diabetes, Tuberkulose, Syphilis, Herzkrankheiten eine Disposition. Gleich wichtig wie diese Allgemeinerkrankungen sind lokale Ursachen.

Ebenso wie eine Staphylococcen-Infektion von einem Keim ausgehen kann, welcher bis dahin als Saprophyt auf der Haut war, kann der Keim auch von einem anderen Organismus stammen und durch Kontakt unmittelbar oder durch andere Gegenstände übertragen werden.

Die Allgemein-Infektion kommt nicht stets in gleicher Weise zu stande, sie wechselt je nach dem Falle, gleich bleibt nur die Vermehrung der Keime und die Produktion von Toxinen. Entweder kommt der Keim selbst in die Blutbahn und bildet Metastasen, es handelt sich dann um eine Staphylococcenseptikämie, oder die Keime bleiben lokalisirt und wirken durch die Toxine, Staphylococcentoxämie. Der Nachweis der Staphylococcen im Blute ist intra vitam nicht leicht, kurz vor dem Tode sind sie häufiger nachgewiesen worden, auch scheinen sie während eines Fieberanfalles zahlreicher zu sein. Der pyogene Staphylococcus producirt Toxine, welche bei den Staphylococcen-Infektionen eine grosse Rolle spielen. Diese erzeugen selbst Eiterung, ausserdem bewirken sie nach Mosny und Marcano den Austritt von Bakterien aus dem Darm, woraus sich die schweren Gastroenteritititiden bei Staphylococcen-Infektion erklären.

Die Symptome einer Staphylococcen-Infektien sind sehr verschieden, je nach dem Alter des Patienten, der Art des Eindringens in den Organismus und der Widerstandsfähigkeit des Kranken. Bei Kindern kommen hauptsächlich vier Formen vor: multiple Abscesse, pemphigusartige und pustulöse Eruptionen, Lymphangitis und disseminirte Hautgangrän. Die oberflächlichen Abscesse haben zwei Prädilektionsstellen: Gesicht und Kopfhaut einerseits, Gesäss und Kreuzbeiugegend andererseits; es handelt sich dabei um Furunkel. Die tiefen Abscesse können an allen Körperstellen auftreten. Die pemphigoiden Eruptionen sind seltener, sie scheinen mit mit den schweren Infektionsformen zusammenzntreffen. Bei den pseudoerysipelatösen Lymphangitiden handelt es sich um ein starkes Erythem mit Oedem. Die disseminirte Gangrän der Haut tritt meist auf im Anschluss an Impetigo und Ecthyma, zuweilen während einer akuten Staphylococcen-Infektion.

In Bezug auf den Verlauf der Infektionen sind eine chronische, eine akute und eine superakute Form zu unterscheiden. Die Prognose ist bei Kindern sehr schlecht. Die Therapie ist bei den schweren Fällen machtlos, man muss sich auf eine geeignete Prophylaxe beschränken. H. Bischoff.

A. Brosch, Zur Casuistik der Fischvergiftung. (Tödliche Austernvergiftung.) Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 13.

Der Fall ist von besonderem Interesse, weil es der erste in der Litteratur überhaupt verzeichnete Fall einer mit Sicherheit konstatirten tödlich

verlaufenen Austernvergiftung ist. Es handelte sich um einen Offizier, der wenige Stunden nach dem Genuss von Austern (eine derselben hatte einen auffallend schlechten Geschmack) mit Kopfschmerz, Schwindel, Schlingbeschwerden, Speichelfluss, Sehstörungen, Blasenlähmung erkrankte; allmählich traten Lähmungen anderer Muskeln und Muskelgruppen auf, innerhalb einiger Stunden erfolgte der Tod durch Asphyxie (Atmungslähmung); das Sensorium war bis zum Ende frei. Der Obduktionsbefund zeigte, abgesehen von zahlreichen Hämorrhagien, die aber wohl auf die zum Schluss aufgetretene Asphyxie zurückzuführen sind, nur an der Leber auffallende Veränderungen: das Protoplasma der Leberzellen war bei Erhaltung der Zellgrenzen und in ihrer Form und Lage erhaltenen Kernen von zahlreichen kleinen und grösseren Fettkugeln durchsetzt. Die bakteriologische Untersuchung fiel negativ aus. Es war dies auch vorauszusehen; denn die durch Bakterien hervorgerufenen Fleischvergiftungen verlaufen unter einem ganz anderen Bilde. Charakteristisch sind für diese Fälle fieberhafte Gastroenteritis, vor allem starke Diarrhöen, bei der „nicht-bakteritischen" Form dagegen Obstipation durch Darmlähmung. Die Prognose der bakteritischen, cholerinen Form ist weit günstiger als die der toxischen, nicht-bakteritischen. Wahrscheinlich handelt es sich in diesen Fällen um eine Intoxikation durch eine in dem Tierkörper bereits vorhandene, äusserst giftig wirkende chemische, alkaloidähnliche Verbindung. So wurde zum Beispiel bei der bekannten Wilhelmshavener Miesmuschelvergiftung aus der Muschel ein curareähnliches Gift dargestellt. K. Kronthal.

Ch. Svehla, Contribution à la pathologie de la fièvre typhoide et caractéristic du bacille d'Eberth. Rev. mens. des mal. de l'enfants 1896, No. 225.

Verf. beobachtete bei einem 6jähr. anämischen Knaben einen fieberlos verlaufenden Typhus abdominalis. Die Diagnose stützt sich auf den Nachdes Typhusbacillus im Blut und Urin des Kranken und auf den Nachweis der Ehrlich'schen Diazoreaktion; ausserdem erkrankten zwei Geschwister des Patienten einige Tage nach ihm an regelrecht verlaufenden Typhusformen.

Bei zwei typhuskranken Kindern beobachtete Verf. im Rekonvalescenzstadium eine scharlachartige Abschuppung der Haut; diese ist schon von Poulon und Hammernik beschrieben und als Analogon des bekanntlich nicht seltenen Haarausfalls gedeutet. In einem dieser zwei Fälle bestand noch eine sehr seltene Komplikation, nämlich Gangrän der Schleimhaut des Mundes und Nekrose des Oberkiefers. — Der Nachweis des Typhusbacillus im Blute der Kranken ist bisher nur in einem Teil der Typhusfälle gelungen. Verf. glaubt, dass in den negativen Fällen die Beobachtung der Aussaaten zu früh abgebrochen sei, da bei Vorhandensein nur weniger Keime die Kulturen sich ausserordentlich langsam entwickeln. Konstanter als im Blute fand Vf. den Typhusbacillus im Harn der Kranken. Bouillon, welche Verf. mit Typhusbacillen geimpft hatte, gab einige Tage später die Diazoreaktiou; ungeimpfte oder mit anderen Mikroorganismen geimpfte Bouillon gab die Reaktion nicht, so z. B. auch nicht Kulturen mit Bac-

Digitized by Google

terium coli commune. Die Diazoreaktion ist also abhängig von der Anwesenheit des Typhusbacillus resp. seiner Stoffwechselprodukte; sie kann unter Umständen als Unterscheidungsmittel zwischen dem Typhusbacillus und dem Bact. coli verwendet werden. Stadthagen.

S. Mintz, Ueber die Magenfunktionen bei Oesophaguscarcinom. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 3.

Bei einer an Oesophaguscarcinom leidenden Kranken (die Diagnose wurde intra vitam gestellt) wurden mehrfache Untersuchungen bezüglich der Magenfunktion bei dem erwähnten Leiden angestellt.

1. Aus der Speiseröhre oberhalb der Verengerung gewann man ca. 30 ccm trüber, sehr übelriechender Flüssigkeit. Reaktion alkalisch. Mikroskopisch Eiterkörperchen und Plattenepithel.

2. Die Kranke trank 50 ccm Wasser. Nach einer Stunde regurgitirte das ganze Quantum Flüssigkeit.

3. Nüchtern war kein Mageninhalt zu gewinnen. Einige Minten nach dem Eingiessen von 100 ccm destillirten Wassers werden mehrere Zehntel ccm galliger Flüssigkeit aspirirt. Saure Reaktion, keine freie Salzsäure, Reaktion auf Milchsäure negativ.

4. 200 ccm Milch nüchtern gereicht; nach einer Stunde 40 ccm aus dem Magen aspirirt. Saure Reaktion, freie Salzsäure nicht vorhanden. T + O (nach Seemann) = 0,180 pCt.

5. Nüchtern durch die Magenfistel (nach der Methode von Witzel angelegt) 12 g getrockneten und gut zerriebenen Weissbrotes + 200 ccm Wassers in den Magen eingebracht. Nach 40 Minuten 30 ccm Inhalt herausbefördert. Saure Reaktion und Phloroglucin-Vanillinprobe positiv. A = 0,248 pCt. L = 0,180 pCt. C. Rosenthal.

W. Bell, A case of thrombosis of the abdominal aorta. Brit. med. journ. 1896, No. 1869.

Ein 30jähriger, bis dahin anscheinend völlig gesunder Mann (dessen Frau 2 Jahre vorher an sekundärer Syphilis behandelt worden war) erkrankte plötzlich auf der Strasse mit intensiven Schmerzen in Rücken und Leib und Lähmung der Beine; er fiel hin, behielt aber das Bewusstsein. Ins Hospital wurde Pat. in einem Zustand von erheblichem Shock aufgenommen. Es fand sich gänzliche motorische Lähmung beider Beine, ferner Anästhesie und Analgesie bis über das untere Drittel des Oberschenkels hinauf; Patellar-, Plantar- und Cremaster-Reflexe erloschen. Klagen über heftige Schmerzen in der Lendenwirbelsäule, sowie in den unteren Extremitäten. Bald trat auch Sphincterenlähmung ein, die unteren Extremitäten wurden eiskalt, die Urinsekretion nahm ab und nach Auftreten einzelner gangränöser Partieen an der rechten Wade und am Scrotum erfolgte der Tod. Es wurde nur eine partielle Autopsie gestattet. Hierbei wurde die Lendenanschwellung des Rückenmarks nebst Cauda equina entfernt und bei makro- und mikroskopischer Untersuchung als normal befunden. In der Aorta abdominalis fand sich ein das Lumen des Gefässes völlig ver-

schliessender, fester, weisser Thrombus, der etwas unterhalb des Ursprungs der Art. mesenterica inferior begann und sich beiderseits bis in die Art. iliaca communis hinab erstreckte; die Gefässwände selbst zeigten keine pathologischen Veränderungen. Anknüpfend an dieses höchst unvollständige Obduktionsergebnis betont Verf., dass das Hauptinteresse des Falles in der Frage von der Ursache der Paraplegie beruht und erinnert an den STENSON'schen Versuch. Perl.

---

1) **M. A. Chauffard,** Sclérodermie avec hémiatrophie linguale ayant debuté par le syndrome de la maladie de RAYNAUD. Gazette des hôp. 1895, No. 82.

2) **J. Harold,** A case of RAYNAUD's disease or neuropathic gangrenous tropho-neurosis of the lower extremities. Lancet 1895, Febr. 9.

3) **A. R. Urquhart,** Two cases of RAYNAUD's disease occurring James MURRAY's Royal Asylum. Edinb. med. journ. 1895, March.

1) Eine 59jährige Frau, die 26 Attaquen eines Gesichtserysipels durchgemacht hatte, an Migräne litt und einen schweren Gelenkrheumatismus überstanden hatte, zeigte zuerst typische Anfälle der Raynaud'schen lokalen Asphyxie an beiden Händen und Füssen. Während die Anfälle nur mit Parästhesien und Blässe auftraten, fand sich später Cyanose am Ende des Anfalles. Einige Monate später machten sich trophische Störungen der Nägel, Sklerodermie des Gesichts und Zungenatrophie (besonders der einen Seite) geltend. Die Nägel ähnelten denen, die bei der Sclerodactylie vorkommen. Die Anfälle der Raynaud'schen Krankheit bildeten in diesem Falle wie in einigen anderen (BRUTTIER, SENATOR, BABINSKI etc.) eine initiale und prodromale Phase der Sklerodermie. Auch die Beteiligung der Zunge (Atrophie) ist in 7 Fällen von Sklerodermie beobachtet worden; hier war besonders die rechte Zungenhälfte atrophisch. Aetiologisch kommt für die Sklerodermie hier das in zahlreichen Attaquen vorausgegangene Gesichtserysipel in Betracht. Die Behandlung mit Schilddrüsenextrakt war in diesem Falle von keinem wesentlichen Erfolge begleitet.

S. Kalischer.

2) Bei einem 4jährigen Knaben traten ohne nachweisliche Ursache plötzlich Parästhesien und Schmerzen in den Zehen auf und in der relativ kurzen Zeit von etwa vier Wochen entwickelte sich eine Gangrän beider Füsse, welcher eine Spontanamputation folgte. Die Enden der oberen Extremitäten waren nur wenig erkrankt.

Die Therapie bestand in der symptomatischen Darreichung von Morphin und in der antiseptischen Behandlung der Gangrän. Nach der Abstossung der brandigen Teile befand sich der Pat. durchaus wohl.

3) Der Verf. berichtet von zwei Fällen symmetrischer Gangrän, welche sich bei Geisteskranken ereigneten und weist auf die Seltenheit der Erkrankung im Bereich seiner langjährigen Irrenanstalts-Erfahrung hin. Der eine Fall, welcher einen Phthisiker betraf, kam zur Sektion, aber die sorgsamste mikroskopische Durchforschung des Gefäss- und Nervensystems (des centralen und peripheren) liess keinerlei arteriitische oder neuritische Veränderungen erkennen.

Digitized by Google

In dem ersten Fall bestand rheumatische Disposition und neben der Tuberkulose war eine Malaria vorausgegangen; im zweiten Falle war hereditäre Disposition für Geistesstörungen vorhanden. — Hier leistete die lokale Behandlung Günstiges. M. Brasch.

E. Fischer, Ein Fall von Erythromelalgie. Petersb. med. Wochenschrift 1895, No. 8.

Die 50jährige Patientin erkrankte 5 Jahre vorher an anfallsweise auftretenden, später auch beständig vorhandenen heftigen Schmerzen in der linken Hand. Dieselben nahmen ihren Ausgang von den Fingerspitzen. Die Innenfläche der Hand verfärbte sich blau-rot in fleckiger Anordnung, es trat Schweissbildung und Hitzegefühl auf, die Endphalangen zeigten kolbige Auftreibungen, die Nägel krümmten sich krallenartig. Die Kranke empfand Schwindel, allgemeine Schwäche und Abgeschlagenheit. Die ganze Hand magerte ab, die Phalangealgelenke wurden unbeweglich. Das Nervensystem war normal befunden worden.

Der Fall wird der Erythromelalgie zugerechnet. M. Brasch.

P. Bailey, Valvular disease of the heart in tabes. Journ. of nerv. and ment. dis 1895, May.

Der Verf. untersuchte 11 Fälle von Tabes im Frühstadium und 10 Fälle, welche vorgerückte Stadien der Erkrankung darboten, auf das Bestehen der obengenannten Komplikation. Nur bei einem einzigen fanden sich die Zeichen einer Aorteninsufficienz. Auch die Durchforschung der Litteratur lässt den Verf. zu der Ueberzeugung kommen, dass bei Tabes nicht öfter als sonst nebenher ein Klappenfehler sich etabliren kann und dass nichts für eine gemeinsame Aetiologie beider Erkrankungen, wie sie von manchen Autoren angenommen wird, spricht. M. Brasch.

H. Oppenheim, Ueber den Charakter der Aphasie beim otitischen Abscess des linken Schläfenlappens. Fortschritte d. Med. 1895, No. 18.

Die durch Ohreiterungen bedingten Abscesse des Temporalhirns schädigen entweder die daselbst gelegenen Centren der Sprechfunktion selbst oder seine Associationsbahnen, oder beide; daraus resultirt die Verschiedenartigkeit der Sprachstörungen in solchen Fällen. Es entsteht entweder Worttaubheit (gewöhnlich nicht isolirt, sondern in Verbindung mit amnestischer Aphasie), oder die letztere wiegt vor, und bei hohen Graden spricht der Kranke wenig oder gar nicht und macht den Eindruck eines motorisch Aphasischen. Gewöhnlich besteht dann infolge grosser Ausdehnung und raschen Wachstums des Herdes Trübung des Sensorinms. Unzweideutige Fälle von reiner motorischer Aphasie nach Otitis sind noch nicht beobachtet worden. Der Verf. bespricht drittens die Fälle von optischer Aphasie nach Ohreiterungen und macht auf eine weniger bekannte Varietät aufmerksam: Die Störung bei solchen Kranken besteht nicht lediglich darin, dass sie für die ihnen rein optisch entgegentretenden Gegen-

Digitized by Google

stände nicht die Bezeichnung finden, sondern auch das gesprochene Wort bleibt ihnen unverständlich, wenn es mit Begriffen operirt, welche sich lediglich aus visuellen Erinnerungsbildern zusammensetzen, z. B.: „Es flattern die Fahnen, es wölbt sich das Segel".

Der Verf. stellt eine umfassendere Bearbeitung des Gegenstandes in Aussicht. M. Brasch.

H. Wille, Ueber sekundäre Veränderungen im Rückenmark nach Oberarm-Exartikulationen. Arch. f. Psych. XVII. (2.)

Die Untersuchung dreier Rückenmarke liegt den Studien des Verf.'s zu Grunde. Der eine Pat. lebte noch 10 Jahre nach der Operation und starb im Alter von 60 Jahren, der zweite überlebte die Operation 40 Jahre und im dritten Falle starb der Pat. 4 Jahre nach der Amputation des Oberarms.

Gestützt auf eine sehr sorgfältige Zergliederung der anatomischen Objekte in den fraglichen Höhen und auf die Anwendung aller modernen Methoden der Färbung, hat der Verf. sehr genaue Zählungen der Ganglienzellen vorgenommen. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Nach Durchschneidung gemischter Rückenmarksnerven kommt es sowohl im sensiblen wie motorischen Neuron gleichzeitig zu primären, degenerativ-atrophischen, spinalen Veränderungen. Die motorischen Ganglienzellen zeigen ganz unzweideutige Läsionen, für die Zellen der Spinalganglien lässt sich ein diesbezüglicher Nachweis nicht führen. Ob die Veränderungen vom direkten Neuron auf das indirekte sich fortsetzen, lässt der Verf. unentschieden, er giebt aber die Möglichkeit zu. M. Brasch.

G. Goldstein, Ueber Lähmungen des Nervus radialis infolge von Frakturen des Humerus. D. Zeitschr. f. Chir. XL. (4/5.)

Nach einer kritischen Würdigung der einschlägigen Litteratur bringt der Verf. zwei neue Krankengeschichten bei. Im ersten Falle trat 17 Tage nach einer durch direkte Gewalt entstandenen Fraktur des Humerus in der Mitte des Knochens eine Radialislähmung auf, welche zurückging, als der Nerv von den umgebenden Callusmassen befreit wurde.

Im zweiten Falle waren ebenfalls bei der Einlieferung ins Spital keine Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen vorhanden. Hier lag eine subkutane Fraktur im mittleren Drittel des Oberarmbeins vor. Nach Ablauf der dritten Woche stellte sich eine Radialislähmung ein. Auch in diesem Falle wird operativ eingeschritten, der Nerv befreit und in einigen Monaten durch mechanische Nachbehandlung vollkommene Restitution erreicht.

M. Brasch.

Ad. Spiegel, Eine seltene, einer generalisirten Folliculitis ähnliche Hauterkrankung. (Aus der Klinik des Dr. Unna in Hamburg.) Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIII. No. 12.

Der tuberkulös belastete und mit multiplen Drüsenschwellungen behaftete 23jähr. Pat. leidet seit seinem 5. Lebensjahre an einem Hautausschlage, welcher auffällig symmetrisch an den Extremitäten, auf dem Gesäss,

Digitized by Google

am Penis, weniger im Gesicht und vereinzelt an Brust und Rücken lokalisirt ist. Es entstehen zunächst unter der Haut etwas bewegliche, nicht schmerzhafte, linsen- bis erbsengrosse Kügelchen; oft erst nach Monaten rötet sich über ihnen die Haut ein wenig und es bildet sich in der Mitte des Knotens ein kleiner Eiterpunkt. Während dieser eintrocknet, breitet sich der Prozess peripheriewärts weiter aus und schliesslich entsteht eine braun-rote Kruste, die schichtenweise abfällt und eine anfangs dunkle, später weisse Narbe hinterlässt.

An Lues war kaum zu denken, zumal Patient früher Schmierkuren und Jodkalium vergeblich gebraucht hatte. Dagegen erinnerte die Krankheit an gewisse Folliculitiden (Acne necrotica, Acnitis Barthélemy's), doch liess der kegelförmige, in die obersten Schichten der Cutis eingebettete nekrotische Herd, welchen die anatomische Untersuchung zeigte, keinen Zusammenhang mit Drüsen oder Haarbälgen erkennen. Verf. findet auch einige Aehnlichkeit der Affektion mit einer von Boeck beschriebenen Form von Lupus erythematosus disseminatus, betrachtet aber vorläufig den Fall als einen eigenartigen, bisher nicht beschriebenen. H. Müller.

L. Leistikow, Ueber Jodvasogen als Ersatz für den internen Gebrauch der Jodsalze. Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIII. No. 12.

Verf. liess bei 20 Syphilitischen 6proc. Jodvasogen in der bei der Quecksilber-Schmierkur üblichen Weise, und zwar gewöhnlich 3 Wochen lang täglich 3,0 in die Haut der verschiedenen Körperteile einreiben. In vier Fällen zwang ein heftiger Nasen-Rachenkatarrh nach 6—10 Tagen zum Aussetzen der Behandlung, bei den übrigen zeigten sich keinerlei Intoxikationserscheinungen und auch — mit Ausnahme eines Patienten, bei dem 10proc. Jodvasogen zur Anwendung gekommen war — keine Dermatitis. Von den Kranken wurden 11 mit tertiärer Syphilis und 3 mit allgemeinen Drüsenschwellungen der späteren Sekundärperiode geheilt; bei einem Falle von tertiärer Lues liess sich gar keine, bei vier anderen mit Gummen und bei einem mit Lymphadenitis nur eine unvollkommene Wirkung erkennen. Nach diesen Erfahrungen empfiehlt Verf. dringend den Versuch mit der Jodvasogen-Schmierkur bei solchen Kranken, welche das Jodkalium innerlich nicht vertragen. H. Müller.

O. Piering, Ueber Bauchbinden. Prager medicin. Wochenschrift 1896, No. 53.

Der Arzt muss beim Anordnen des Tragens von Bauchbinden individualisiren und nicht dem Bandagisten allein die sachgemässe Anpassung derselben überlassen.

Piering giebt eine vergleichende Uebersicht der bekannten Bindenformen, vorwiegend in Bezug auf die technische Seite der Bindenfrage. Er führt zunächst die Indikationen zum Tragen von Bauchbinden überhaupt an und bespricht dann des Weiteren die Bedeutung des Tragens der Binde im Wochenbett. Endlich bespricht er des Ausführlichen die im Gebrauch stehenden Formen von Leibbinden.

Zum Schlusse macht Verf. auf die von ihm modificirte Schauta'sche Binde aufmerksam; er macht diese Binde zunächst dadurch leichter, dass er die Metallteile derselben weglässt; ferner lässt er die ganze Binde aus einem porösen, aus Rosshaargeflecht bestehenden Stoff anfertigen, um so das lästige Schwitzen unter der Binde zu verhüten. Ferner wird durch die Art des Schlusses der Binde (an der vorderen Wand) eine mehr gleichmässige Verteilung des Druckes erzielt. Das Gesammtgewicht der Binde beträgt 140 g, sie wird kaum empfunden. A. Martin.

H. Meyer, Einiges über intrauterine Kindesbewegungen. Corresp.-Blatt f. Schweiz. Aerzte 1896, No. 22.

Vf. macht aufmerksam auf die Wichtigkeit, welche die schon im vierten Graviditätsmonat deutlich und sicher hörbaren Kindsbewegungen für die Diagnose auch des Todes der Frucht haben. Dann beschreibt er 3 Fälle, in welchen anfallsweise ein regelmässiges Pochen von den Graviden gefühlt und teilweise vom Verf. ebenfalls konstatirt wurde. Die Anfälle traten täglich auf und dauerten 5—10 Minuten. Verf. hält diese Erscheinung — mit Ahlfeld — für durch intrauterinen Singultus bedingt.
A. Martin.

Kleinwächter, Die Geburt bei Fibromyomen des Uterus und die dadurch bedingten Gefahren. Wien. med. Presse 1896, No. 50.

Verf. wendet sich gegen die von Hofmeier aufgestellte Behauptung, dass die Fibromyome die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett nur in Ausnahmefällen ernstlich bedrohten. Er beweist an der Hand von 10 Fällen, die er selbst beobachtet, und von 27 Fällen, die Hofmeier veröffentlicht hat, das Gegenteil, dass nämlich die Fibromyome eine gefährliche Komplikation der Schwangerschaft und der Geburt darstellen.

Ausserdem berichtet der Verfasser einen Fall ausführlicher, bei dem auch bei der frühen Geburt die Fibromyome ernste Gefahren brachten, und welcher nur durch energische Kunsthülfe zu Ende geführt wurde.
A. Martin.

R. M. Leith, A case of carcinoma of the uterus complicated by pregnancy. Lancet 1896, April 4.

L. beschreibt einen Fall von inoperablem Cervixcarcinom bei einer 29jährigen Frau, welche zwei Mal geboren hatte: das erste Mal vor 18 Monaten und das zweite Mal vor 5 Monaten; die letzte Geburt hatte fünf Tage gedauert. Da eine radikale Operation nicht mehr möglich erschien, wurde soviel wie möglich, ca. $^4/_5$ des Uterus-Inneren mit der Curette entfernt. L. glaubt, dass der Uterus bereits vor der 2. Schwangerschaft erkrankt gewesen ist, und rät, nach sehr lange dauernden Geburten später häufiger eine genaue Untersuchung vorzunehmen. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **15. Mai.** **No. 20.**

Inhalt: Damsch, Ueber die Bewegungsvorgänge am Herzen. — Botazzi, Ueber die Entwicklung der Bewegungsfunktion. — Chvostek und Stromayr, Ueber alimentäre Albumosurie. — v. Stransky, Fall von Hydrothionurie. — David, Einfluss der Sehilddrüsenpräparate auf die Stickstoffausscheidung. — Sacerdotti, Ueber die kompensatorische Hypertrophie der Nieren. — Neudörffer, Fall von Dementia paralytica und Meningitis tuberculosa. — Neuber, Zur Behandlung starrwandiger Höhlenwunden. — Andogsky, Ueber die Ganglienzellen der Iris. — Bloch, Zur Erkennung der Trommelfellperforation. — Schneider, Einfluss von Zersetzungsstoffen auf die Alexinwirkung. — Kolle, Sehutzimpfung gegen Cholera. — Knaak, Einfache Methodo zur Gegenfärbung bei Bakterienuntersuehungen. — Hesse, Rodet, Umikoff, Ueber Frauenmilch, Ersatz derselben und die Wirkung sterilisirter Mileh. — Marfan, Behandlung des Keuehhustens mit Bromoform. — Sievers, Multiple Entozoën im Darmkanal. — Gerhardt, Runge, Zwei Fälle von Rückenmarkstumoren. — Eulenburg, Zur neuropathologischen Diagnostik. — Zinn, Beziehung der Chorea zur Geistesstörung. — Déjérine, Haushalter, Eshner, Rugh, Charcot, Ueber progressive Muskelatrophie. — Havelberg, Brieger, Ueber Lepra. — Hitschmann, Syphilitischer Primäraffekt an der Conjunctiva. — Bell, Ichthyol bei Adnexerkrankungen des Uterus. — Hirbaum, Zur Casuistik der Geburtsverletzungen am Kindskörper.

O. Damsch, Ueber die Bewegungsvorgänge am menschlichen Herzen. Wien, 1897. Dreuticke. 8°. VI. nnd 69 SS.

Verf. hat eine ernente Untersuchung, welche er 1892 an einem schon früher von Jahn, Penzoldt u. A. beschriebenen Individuum — Valentin Wunder, damals 32 Jahre alt — unternommen, zum Ausgangspnnkt einer kritischen Besprechung über die Bewegungsvorgänge am menschlichen Herzen gemacht, mit Berücksichtignng pathologischer Thoraxformen, Deutung des Spitzenstosses u. s. w. Hier sei soviel erwähnt, dass gegenüber dem Widerspruch zwischen Versnchen derjenigen Autoren, welche für den Hauptanteil der grossen Gefässe an der Herzbewegung zu sprechen schienen, und denjenigen, welche dagegen stehen, der Verf. ganz richtig als Grundprinzip die Tendenz des flüssigen Ventrikelinhalts festhält, bei der systolischen intracardialen Drucksteigerung den kleinsten Raum einzunehmen: hierdurch erklären sich nicht nur die Bewegung der Basis nach vorn und

die Aufrichtung der Herzspitze (Ludwig), sondern auch die Rotation des Herzens um die Längsachse, welche nach Verf. für die vorderen Punkte „von links nach rechts“ stattfindet und von ihm durch den Uebergang des Septums aus einer spiralig tordirten Form in diejenige einer planen Wand erklärt wird: jene spiralige Torsion des Septums wird auf die Ergebnisse der embryologischen Untersuchungen von His jun. gegründet. Die Kurven, welche Verf. am Fall Wunder erhielt, deutet er übrigens in anderem Sinne als die früheren Autoren, indem nämlich im oberen Teil der Fissur der Conus arteriosus, im unteren ein Teil des rechten Ventrikels vorliegen; die Kurve des letzteren ist deformirt (niedriges Plateau) durch die bewegungseinschränkenden Knochenränder, während gar ein Spitzenstoss an der gewöhnlichen Stelle überhaupt nicht zu fühlen ist. An diese Verhältnisse knüpft Verf. eine eingehendere Besprechung der die Herzbewegungen einschränkenden Bedeutung der Thoraxwandungen mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Thoraxformen, der Veranlassungen zur Bildung von Herzbuckeln, Hypertrophie u. a. Ref. möchte hier noch an die dem Verf. offenbar nicht zu Gesicht gekommenen Arbeiten von Haycraft und Paterson erinnern (Journal of Physiol., voll. XIV und XIX), welche durch Gefrierschnitte an mit systolischem und diastolischem Herzstillstand gestorbenen Tieren beweisen, dass normaliter im geschlossenen Thorax an und für sich die Form- und Lageänderungen des thätigen Herzens viel unerheblicher sind, als nach den Ergebnissen der Methodik Ludwig'scher Schule scheinen möchte. Boruttau (Göttingen).

Bottazzi, Sur le développement embryonnaire de la fonction motrice dans les organes à cellules musculaires. Archives ital. de biologie. XXVI. p. 443.

Verf. hat die Entwicklung der Bewegungsfunktion an den glatten Muskeln des Embryo studirt. An einem aus dem Oesophagus des Frosches hergestellten Präparat, das seine Kontraktionen autographisch verzeichnete, liess sich darthun, dass die glatten Muskeln des erwachsenen Tieres automatische und rhythmische Bewegungen ausführen. Dasselbe zeigten auch die glatten Muskelzellen des Embryo, z. B. der Oesophagus des Hühnchens, doch treten rhythmische Bewegungen nicht vor dem 15. bis 16. Tage der Entwicklung auf, während das Herz des Hühnchens schon vom 2. bis 3. Tage ab regelmässig pulsirt. Da zu dieser Zeit nervöse Elemente (Ganglien) nicht nachweisbar sind, scheinen Automatie und Rhythmus bei den glatten Muskeln vom Nerveneinfluss unabhängig zu sein. Andererseits ist die Erregbarkeit der glatten Muskeln beim Embryo geringer als beim erwachsenen Tier. In feuchter Kammer bei 35° C. erhalten, werden die automatischen und rhythmischen Bewegungen der embryonalen glatten Muskeln häufiger, aber weniger ausgiebig; das Umgekehrte erfolgt bei Erniedrigung der Aussentemperatur. Zugleich bleiben bei niederer Aussentemperatur die Muskeln länger überlebend als bei höherer.

Kalisalze haben in geringer Gabe eine Steigerung des Tonus der Muskeln zur Folge, in grösserer Gabe eine Unterdrückung der rhythmischen Bewegungen.

Während bei Poikilothermen (Frosch) die Oesophagusmuskeln unter günstigen Bedingungen tagelang überleben, ist das Ueberleben embryonaler Muskeln zeitlich enger begrenzt.

Erzengt man durch elektrischen Reiz eine Kontraktion, so ergiebt sich das Latenzstadium für die erwachsenen Muskeln zu 0,14—0,2, für die embryonalen zu 0,4 Sekunden, d. h. 2—3mal so lang. Die Kontraktionswelle pflanzt sich mit einer Geschwindigkeit von 17—18 mm in der Sekunde fort.

Mit Hülfe der Engelmann'schen Suspensionsmethode wurden die Funktionen des Froschherzens in der zweiten Hälfte der Entwicklung untersucht. So zeigte es sich, dass auf mechanische, thermische und elektrische Reize das embryonale Herz ähnlich wie das des erwachsenen Tieres reagirt. Herzgifte, welche beim erwachsenen Tiere auf die intracardialen Ganglien wirken, bleiben beim embryonalen Herzen wirkungslos. Auch von extracardialen Ganglien nnd Nerven zeigt das embryonale Herz selbst in den späteren Entwicklungsstadien die Unabhängigkeit seines Rhythmns. Auf Grnnd von alledem hat Verf. sich die Anschanung gebildet, dass die erst später zu den Muskelzellen des Herzens hinzutretende intra- und extra cardiale Innervation gewissermassen eine Schntzvorrichtung gegenüber der Aussenwelt bildet, mit der der embryonale Organismus weiterhin in Beziehung tritt; denn während des Embryonalstadiums unterhalten die Muskelzellen allein die Organfunktion. I. Munk.

F. Chvostek und **E. Stromayr,** Ueber alimentäre Albumosnrie. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 47.

Maixner hatte zuerst Albumosurie bei ulcerösem Magencarcinom beobachtet und ihr Entstehen so aufgefasst, dass die im Darm gebildeten Albnmosen von der ulcerirten Darmpartie aus direkt resorbirt wurden, ohne wie gewöhnlich in der Darmwand in Eiweiss zurückverwandelt zu werden. Verhält sich dies so, dann muss es möglich sein durch Verfütterung von Albumosen in Fällen mit ulcerösen Darmaffektionen Albumosurie zu erzengen. Von diesem Gesichtspnnkte aus haben die Verff. in sechs Fällen von Tuberkulose, in denen die klinischen Erscheinungen auf eine Darmaffektion hinwiesen, ohne dass die Diagnose auf Darmgeschwüre hätte sicher gestellt werden können, Peptonum siccnm oder Somatose bis zn 60 g als Auflösung oder dünne Suppe gegeben nnd fanden in dem wenige Stnnden darauf entleerten Harn nach Devoto's resp. Salkowski's Methode Albumosen. In allen Fällen zeigte die Sektion ausgedehnte ulceröse Zerstörungen am Darm.

Demgegenüber wurden bei 20 Personen, bei denen eine Darmaffektion ausznschliessen war, keine gefunden nach Verfütterung gleicher Somatose- oder Peptonmengen. Allerdings wurden gleichfalls keine gefunden bei drei mit nlceröser Darmphthise behafteten Patienten. Der positive Befund, das Auftreten von alimentärer Albumosnrie kann demnach diagnostisch znr Aufdecknng ulceröser Darmprozesse verwertet werden, der negative Befund solche nicht ausschliessen. A. Loewy.

Digitized by Google

F. v. Stransky, Ueber einen Fall von Hydrothionurie. Zeitschr. f. Heilk. XVII. S. 411.

Es handelt sich um einen unter Fieber an Leber- und Milzschwellung erkrankten Mann, in dessen Harn, ohne dass dieser sonstige Zersetzungsprozesse zeigte, Schwefelwasserstoffentwicklung auftrat. Es fand sich in Reinkultur im Harn als Erreger derselben ein kleines, kurzes Stäbchen, das nach Wachstum, Färbbarkeit und chemischem Verhalten sich als Bacterium coli erwies. Aus welchen Substanzen der Schwefelwasserstoff gebildet wurde, blieb unklar, jedenfalls nicht aus dem im Harn vorhandenen Eiweiss.

Bemerkenswert ist, dass in der Blase nie eine Gasansammlung konstatirt werden konnte; sie trat erst im entleerten Harn auf, und zwar schon kurze Zeit nach der Entleerung. A. Loewy.

R. David, Ueber den Einfluss der Schilddrüsenpräparate auf die Stickstoffausscheidung im Harn. Zeitschr. f. Heilk. XVII. S. 439.

Verf. reichte sechs Patienten Thyreoidin oder Thyrojodin und bestimmte bei gleichbleibender, genau gewogener Kost die Gesammtstickstoff- und Harnsäure-Ausscheidung, in einem Falle die der Phosphorsäure. Ein Fall betrifft einen Hydrocephalus, zwei Morbus Basedowii, je einer eine Blei-Radialislähmung und Pleuritis tuberculosa.

Die N-Ausscheidung stieg — entsprechend den Befunden der meisten früheren Autoren — an, bis zum Doppelten in einem Falle, und blieb einige Zeit nach Aussetzen der Präparate erhöht, um dann plötzlich abzufallen. — Die Harnsäure-Ausscheidung war nicht beeinflusst, dagegen war in dem einen daraufhin untersuchten Falle die Phosporsäure-Ausscheidung vermehrt. A. Loewy.

C. Sacerdotti, Ueber die kompensatorische Hypertrophie der Nieren. Virchow's Arch. Bd. 146. S. 267.

Verf. suchte durch Experimente an Hunden festzustellen, ob und in welcher Weise die kompensatorische Hypertrophie der Nieren bei Verminderung der Harnsekretion sich entwickelt, und ob es möglich sei, ohne Nephrectomie oder sonstige direkte Verletzung der Nieren durch Steigerung ihrer Funktionsthätigkeit auf einem anderen Wege Hypertrophie in ihnen hervorzurufen. Die einseitige Nephrectomie wird gut ertragen; sofort nach derselben bewältigt die andere Niere die ganze, vorher von 2 Nieren verrichtete uropoetische Funktion. Diese Reserveausscheidungskraft der Niere wird nur kurze Zeit verwendet, da bald Erscheinungen von kompensatorischer Hypertrophie eintreten.

Bei akuter Inanition mit starker Herabminderung der Harnsekretion und Reduktion der chemischen Harnbestandteile auf etwa die Hälfte der normalen Menge tritt keine Hyperplasie der zurückgebliebenen Niere nach der einseitigen Nephrectomie ein, trotzdem die Epithelien ihr Reproduktionsvermögen bewahrt haben, wie die Mitosenbildung bei schwerer Nephritis beweist.

Digitized by Google

Wird die Nierenfunktion durch einen physiologischen Reiz gesteigert, indem die unverletzten Nieren eines normalen Tieres gezwungen werden, Blut von einem beider Nieren beraubten Tiere derselben Gattung, das überreich an Harnsubstanzen ist, zu bearbeiten, so zeigt der Harn eine bis auf's Doppelte vermehrte Menge der normalen chemischen Bestandteile. Besteht dieser Zustand längere Zeit, so treten dieselben Erscheinungen von Hyperplasie der Nierenepithelien auf, wie bei der nach einseitiger Nephrectomie zurückgelassenen Niere.

Die kompensatorische Hypertrophie der Nieren ist eine entweder gänzlich oder zum Teil von der vermehrten Harnbildungsthätigkeit der Nierenepithelien abhängende Hypertrophie. M. Rothmann.

R. Neudörffer, Dementia paralytica. Tod durch Suffokation. Etat criblé. Cystöse Degeneration. Meningitis tuberculosa. Virchow's Arch. Bd. 146. S. 369.

Ein 44jähr. Mann befindet sich über 3 Jahre in dem „maniakalisch-grössenwahnsinnigen" Stadium der Dementia paralytica. Alsdann tritt plötzlich eine starke Müdigkeit und Teilnahmlosigkeit mit Vorstellungen depressiver Art ein; es entwickelt sich ein soporöser Zustand. Linksseitige Ptosis und Herabhängen des linken Mundwinkels werden bemerkbar; Pat. gebt endlich durch Erstickung an einem Speisepfropf zu Grunde. Die Sektion zeigt an den Piagefässen des Gehirns, besonders an beiden Fossae Sylvii und beiden Stirnlappen zahlreiche gelbliche Infiltrate mit eingesprengten miliaren Tuberkeln. Die Seitenventrikel sind stark erweitert; im Dache des linken sind 3 ca. erbsengrosse Blasen nachweisbar, eine ebensolche am unteren Rande des Linsenkerns.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt zunächst die der Dementia paralytica eigentümlichen Veränderungen der Grosshirnrinde, wenn auch nur in geringem Grade. Die Pia mater ist an einzelnen Stellen mit der Hirnoberfläche verwachsen; die kleinen Gefässe zeigen hier starken Zellreichtum ihrer Wandungen. Neben den makroskopisch bereits sichtbaren Blasen sind im Nucleus caudatus und auch zwischen den Faserbündeln der inneren Kapsel zahlreiche mikroskopisch kleine Blasen vorhanden, die dem Nucleus caudatus das Aussehen eines durchlöcherten Käses geben, Etat criblé.

Dieser Etat criblé sowohl, als auch die cystöse Degeneration bei den grossen Blasen entsteht durch Erweiterung der perivaskulären Räume. Beide Zustände sind im Grunde ein und dieselbe Veränderung. Bei dem Zustandekommen dieser perivaskulären Ektasien spielen chronische Kongestionen jedenfalls eine Rolle. Verf. ist der Ansicht, dass durch Veränderungen in den Gefässwänden der Lymphabfluss behindert wird.

Die weiterhin festgestellte Pia-Tuberkulose ist deshalb von Interesse, weil kein klinisches Symptom dieselbe vermuten liess, sie dagegen offenbar die Aenderung der Geistesstörung in den letzten Wochen bedingte. Diese Meningitis nahm ihren Anfang mit dem Auftreten der grossen Mattigkeit; auch die Ptosis muss auf ihre Rechnung gesetzt werden. Die Dauer

der Pia-Tuberkulose in diesem Fall, beinahe 2 Monate, ist eine ausserge-wöhnlich lange. M. Rothmann.

G. Neuber, Zur Behandlung starrwandiger Höhlenwunden. Arch. f. klin. Chir. Ll. S. 683. (Mit zahlreichen Abbildungen.)

Um zur Ausfüllnng der zuweilen sehr ausgedehnten, nach Necrotomien und ähnlichen Operationen zurückbleibenden Knochenhöhlen Blntgerinnsel besser verwerten zu können, ist Vf. nach verschiedenen eigenen und fremden Vorversuchen zur Verwendung einer 5proc. Jodoformstärke zu diesem Behufe gelangt. 10 g Weizenstärke werden in offenem Glasgefäss mit möglichst wenig Wasser ausgerührt und 200 g kochend heisse Carbollösung nnter stetem Umrühren zugesetzt. Zu dem etwas abgekühlten Kleister werden nnter weiterem Rühren 10 g Jodof. pnlver. zugefügt und die Mischung in eine sterilisirte Glasflasche gegossen. Die nach dem Erkalten zurückbleibende, Jodoform in gleichmässiger Verteilung enthaltende gallertige Masse verflüssigt sich schon bei Zimmertemperatnr. Dieselbe hält sich Wochen lang bei niederer Temperatur im Dunkelraum; nach einigen Tagen sammelt sich auf der Oberfläche etwas Wasser, welches abgegossen werden muss und sich nicht wieder zeigt. Vor dem einfachen Jodoform oder Jodoform-Glycerin, welches in dem in die Knochenhöhle sich ergiessenden Blut zu Boden sinkt, hat die Jodoformstärke den Vorzug, in der Beinhöhle sich wirklich im Blut zu verteilen. Ihr Schicksal ist, dass zuerst die übrigen Bestandteile, viel später erst das Jodoform resorbirt wird, welch' letzteres daher noch lange seine spezifische Wirkung ausüben kann. Während aber bei der früheren einfachen Bluttamponade auf eine Primärheilung 5 Eiterungen kamen, war nnter den letzten 22 mit Jodoformstärke behandelten Fällen auf 3 Heilungen pr. prim. int. nnr 1 Eiterung zu konstatiren. Wenn nun diese Behandlung bei peripheren Necrotomien und Ausräumung oberflächlicher Herde bei gleichzeitiger direkter Vereinigung der Wunde das gewöhnliche Mittel bildet, bleibt für ausgedehnte, und zwar tiefe, aber allseitig gleichmässig abfallende Knochenmulden, ferner für nicht allzu grosse Höhlen mit steilen Rändern die „Ueberdachnngsmethode". Tiefe und grosse Knochenhöhlen oder ungleichmässige Mulden mit ganz oder zum Teil steil abfallenden Wandungen sind dagegen für die Einstülpungsverfahren — Implantationen und Transplantationen — geeignet, und nur bei Entfernung noch nicht völlig gelöster Sequester erscheint vorübergehende oder längere Tamponade angezeigt, welche man mit vorübergehender Einlage eines stützenden oder die Knochenneubildung anregenden Fremdkörpers — Verf. verwendet mit Jodoformgaze umwickelte Holzstücke — verbinden kann. Beigefügt ist ein Litteraturverzeichnis von 35 Nrn. P. Güterbock.

N. Andogsky, Znr Frage über die Ganglienzellen der Iris. Archiv für Augenheilk. XXXIV. S. 86.

Nach den Untersnchungen von A. fehlen in der Iris selbst, d. h. im Verlaufe ihrer Nerven und der Sphincterzone die gangliösen Gebilde; was man als solche beschrieben hat, sind Verwechslungen entweder mit den dreieckigen Kernen der Nervenfasern oder den verzweigten Stromazellen

Digitized by Google

der Iris. Gangliöse Gebilde von bipolaren oder multipolaren Nervenzellen lassen sich mit Sicherheit nur im oberflächlichen Nervennetze der Ciliarfortsätze konstatiren. Horstmann.

E. Bloch, Zur Erkennung der Trommelfellperforationen. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXX. S. 121.

Für diejenigen Fälle, in denen es nicht möglich ist, mit den bisher üblichen Untersuchungsmetboden eine Perforation des Trommelfells zu erkennen, empfiehlt B. die Verdünnung der Luft im äusseren Gehörgange mittelst des Siegle'schen Trichters, wobei, wenn eine Perforation vorhanden ist, jede Bewegung am Trommelfell ausbleibt, die bei Intaktheit desselben deutlich zu sehen ist. Das Ausbleiben der Bewegung erklärt sich dadurch, dass bei der Verdünnung der Luft im Gehörgang gleichzeitig eine Aspiration von Paukenhöhlenluft durch die Oeffnung im Trommelfell stattfindet. Eine Aenderung des Verhältnisses des Luftdrucks zu beiden Seiten des Trommelfells tritt also nicht ein, es kommt deshalb auch zu keiner Lageveränderung.
Schwabach.

Kühnau, Ueber Mischinfektion mit Proteus bei Diphtherie der Halsorgane. Zeitschr. f. klin. Med. XXXI. (5/6.)

Bei sämmtlichen Krankheitsfällen tritt das schwere Krankheitsbild und der ausnahmslos perniciöse Verlauf als Merkmal des klinischen Verlaufs auf. Die Schwere bezieht sich sowohl auf die allgemeine Infektion, als auf die örtlichen Erscheinungen der Halserkrankung. In erster Beziehung erinnert der anatomische Befund an schwerste Sepsis, andererseits war auch der örtliche Befund charakteristisch. Auf der Mandel zeigte sich bald eine sulzig gequollene Pseudomembran, die eine auffallende Neigung zu raschem fetzigen Zerfall und putrider Zerstörung der Tonsillen vornehmlich im retrotonsillaren Raum darbot. Eine ausgebreitete, mit Hämorrhagien einhergehende Halsphlegmone mit necrotisirender Entzündung der tiefen Weichteile und der Drüsen vervollständigte das schwere Krankheitsbild. Die Abstrichpräparate ergaben ausser Saprophyten Diphtheriebacillen in erheblicher Zahl, kurze, dicke, ovoide Stäbchen. In den tiefen Schichten der mit Pincette entfernten Membranen und Gewebsschichten fanden sich namentlich unter dem Epithel 1. ganze Nester von Diphtheriebacillen und 2. um sie her, bis in den Papillarkörper eindringend, Kurzstäbchen. In einem Fall fanden sich auch vereinzelte Streptococcen. Die Kurzstäbchen haben eine Länge von 0,5—3,5 μ, liegen zu zweien nebeneinander, sind leicht gebogen oder an einem Ende etwas kolbig angeschwollen; in Schnittpräparaten zeigen sie eine Neigung zu Häufchenbildung. Das Nähere über Färbbarkeit, Wachstum etc. s. l. Orig. Der Bacillus gehört in die Gruppe der Proteusarten und ist wohl mit dem Proteus vulg. verwandt.
W. Lublinski.

Schneider, Einfluss von Zersetzungsstoffen auf die Alexinwirkung. Arch. f. Hyg. XXVIII. (2.) S. 93.

Die bakterienfeindlichen Wirkungen des Blutes müssen auf einen sehr labilen Eiweisskörper bezogen werden, den wir mit Buchner als Alexine

bezeichnen. Diese Alexine werden sehr leicht zerstört, bereits halbstündiges Erwärmen auf 55° C. oder Belichten des Blutes zerstört diese Stoffe. Die bakterientötende Kraft dieser Stoffe ist keine unbeschränkte. Sch. hat nun versucht, experimentell nachzuweisen, wie die Bakterien und ihre Produkte auf die Alexine einwirken. Er fand, dass Typhusbacillen und Choleravibrionen durch ihre eigenen Stoffwechselprodukte den Alexinen des Blutes gegenüber eine Unterstützung erfahren. Und zwar werden nicht die Bakterienzellen durch ihre eigenen Zersetzungsprodukte direkt begünstigt, sondern die Alexine werden durch diese Stoffe geschädigt.

Dass die Schutzstoffe des Blutes durch die Stoffwechsel- und Zersetzungsprodukte der Mikroorganismen geschädigt werden, ist für das Verständnis der Infektion von grossem Einfluss. Wenn beispielsweise bei einer ausgedehnten Eiterung reichlich Stoffwechselprodukte von Staphylococcen in die Blutbahn aufgenommen werden, so werden diese die Alexine vernichten. Findet dann eine Verschleppung der Keime von dem lokalen Herde an entlegene Stellen statt, so werden dort sich Eiterungen um so leichter etabliren können, als die Alexinwirkung ausbleibt. Es treten dann die stürmischen Erscheinungen der Pyämie ein, welche auch bei geringen lokalen Eiterungen, ohne dass lokal eine Verschlimmerung eingetreten wäre, nicht selten sind. H. Bischoff.

Kolle, Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Schutzimpfung des Menschen gegen Cholera asiatica. Deutsche med. Wochenschrift 1897, No. 1.

Nachdem K. bereits früher mitgeteilt, dass bei Personen, bei denen eine subkutane Injektion abgetöteter oder lebender Choleravibrionen vorgenommen ist, das Blut eine spezifische Veränderung erfährt, derart, dass Serum dieser Menschen Meerschweinchen eine passive Immunität verleihen kann, hat er nunmehr die Blutveränderung längere Zeit hindurch beobachtet. HAFFKINE hat bereits in Indien im grossen Maassstabe Menschen durch Injektion von Choleravibrionen gegen eine Infektion mit Cholera aktiv immunisirt und die Statistik, welche sich über 100,000 Fälle erstreckt, konstatirt einen Erfolg. K. hat nun anfangs analog HAFFKINE Menschen zunächst $^1/_{24}$ 24stündige abgetötete Cholerakultur, 5 Tage später die gleiche Dosis lebender, sehr virulenter Vibrionen und wieder 5 Tage später $^1/_8$ Kultur des gleichen Virus injicirt, später modificirte er, und er konnte nachweisen, dass es bei dieser aktiven Immunität nicht auf die Zahl der Injektionen und auch nicht darauf ankommt, ob die Kultur abgetötet ist oder lebt. Während von dem Serum vor der Injektion meist erst 0,5 ccm ein Meerschweinchen von 200 g gegen die 10fache tödliche Minimaldosis schützte, schützten am 18. Tage nach der Injektion bereits 0,00015 ccm. Die Veränderung des Blutes, so dass die Schutzkörper auftreten, beginnt am 5. Tage, die Antikörper nehmen dann rasch zu bis zum 20. Tage. Danach nehmen sie allmählich wieder ab, jedoch sehr langsam, so dass selbst nach einem Jahre noch deutlich eine Schutzwirkung von dem Blute verliehen wird, welche etwa so gross ist wie die, welche das Blut von Cholera-Rekonvalescenten verleiht.

Durch diese experimentelle Arbeit von K. ist der Beweis dafür erbracht, dass die Cholerascbutzimpfungen, wie sie zur Zeit in Indien obligatorisch eingefübrt sind, grossen Wert besitzen. Besonders wichtig ist der Umstand, dass die Immunität auch nach der Injektion abgetöteter Kulturen auftritt; dadurch ist es möglich, das Vaccin an einer Centralstelle herzustellen und zu versenden, wodurch einmal viele Unbequemlicbkeiten umgangen werden und andererseits die Gefahr der Verbreitung der Infektionskeime vermieden wird. H. Bischoff.

Knaak, Eine einfache Methode der Gegenfärbung bei Bakterienuntersucbungen. Deutsche med. Wochenscbr. 1896, No. 34.

Für Bakterien, welche sich nach Gram entfärben, empfiehlt Verfasser Färbung mit Methylenblau und Nachfärben mit einer 0,1proc. wässerigen Eosinlösung. Es sind dann die Zellen rosa gefärbt, wäbrend die Bakterien die blaue Farbe festhalten. Die Methode soll sicb bei Gonococcen gut bewäbren, aber auch andere mit Metbylenblau färbbare Bakterien sind mittelst derselben gut darzustellen. Die Eosinlösung darf nicbt zu lange einwirken, etwa 1 bis 2 Minuten, da sie sonst aucb aus den Bakterien die blaue Farbe verdrängt, und zwar scbeint dies bei Bacillen leicbter zu gescheben, als bei den Coccen. H. Biscboff.

---

1) **W. Hesse,** Ueber einen neuen Ersatz der Muttermilch. Berliner klin. Wochenschr. 1896, No. 30.

2) **M. Rodet,** Sur la valeur nutritive du lait stérilisé. Gaz. méd. 1896, No. 35.

3) **N. Umikoff,** Zur differentiellen cbemischen Reaktion der Frauen- und Kuhmilch und über die Bestimmung der Lactationsdauer der Frauenbrust. Jahrb. f. Kinderhlk. XLII. S. 356.

1) Das Gemisch, welches Verf. als Ersatz der Muttermilch verwendet, wird hergestellt aus verdünntem Rahm und einem Brei, welcher aus mit Milchzucker verriebenem Hühnereiweiss besteht. Durcb das Verreiben werden die Eiweisshüllen gesprengt und das sonst in dem Rabm unlösliche Eiweiss lässt sich nunmehr gleichmässig in demselben verteilen. Der Eiweiss-Milchzuckerbrei wird erst nacb der Sterilisirung dem Rahm zugesetzt. Der Brei kann auch bei niederer Temperatur getrocknet und dann pulverisirt werden; dieses „Milchpulver“ (zu beziehen von Gebr. Pfund in Dresden) ist dann lange Zeit haltbar. — Das Hübnereiweiss hält Verf. deshalb für zweckmässig zum Ersatz des Albumins der Milcb, weil es dem Frauenalbumin sebr nahe stebt. Die nacb den Vorscbriften des Verf.'s bergestellte Mischung (s. Orig.) ist in ibrer cbemiscben Zusammensetzung der Frauenmilch sehr ähnlich. Mit dieser Nahrung hat Verf. bisber 49 teils gesunde, teils dyspeptische Säuglinge ernährt, darunter 26 von Geburt an; die Erfolge sollen sehr günstige sein.

2) Verf. fütterte je 2 junge Hunde desselben Wurfs mit roher, resp. gekochter Milch. Die mit gekochter Milcb gefütterten nahmen etwas mebr an Gewicht zu, als ibre mit rober Milcb gefütterten Geschwister. Verf.

schliesst daraus, dass die gekochte Milch jedenfalls nicht schlechter ausgenutzt werde, als rohe.

3) Wenn man 5 ccm Frauenmilch mit 2,5 ccm einer 10procentigen Ammoniaklösnng mischt und einige Zeit stehen lässt, so nimmt sie eine rot-violette Farbe an. Das Erscheinen der Reaktion wird beschlennigt, wenn man das Gemisch 15—20 Minnten lang auf dem Wasserhade his zu 60° C. erwärmt. Die Reaktion fällt um so intensiver ans, je längere Zeit seit der Enthindung der Stillenden verflossen ist. Knhmilch giebt diese Reaktion nicht. Durch Zusatz von Chlorammonium, grössere Mengen Alkohol, Aether, Chloroform zur Franenmilch wird die Reaktion beeinträchtigt, bezw. aufgehoben. Stadthagen.

Marfan, Note sur le traitement de la coqnelnche et en particnlier sur l'emploi dn bromoforme. Rev. mens. des mal. de l'enf. 1896. S. 177.

Nach seinen Erfahrungen über das Bromoform giebt Verf. sein Urteil dahin ab, dass es zwar kein Specificnm gegen den Kenchhnsten sei, aber das Beste unter den antispasmodischen Mitteln. Es wirkt am trefflichsten, wenn man es in den frühen Stadien des Keuchhustens anwendet. Im Beginn der Anwendung hemerkt man oft eine scheinbare Verschlimmerung des Keuchhustens, aber vom dritten oder vierten Tage der Anwendnng an nimmt die Zahl und Heftigkeit der Anfälle ah, das Erbrechen verschwindet, der Appetit kehrt wieder nnd das Kind erreicht das Ende des Stadinm convulsivnm ohne Zwischenfall. Eine Ahkürzung der gesammten Dauer des Stickhustens bewirkt das Bromoform nicht. In einigen wenigen Fällen versagte das Bromform, dann hat Verf. das Antipyrin mit Erfolg verschrieben. — Eine günstige Einwirknng auf die Verlaufsweise einer zum Kenchhusten hinzugetretenen Bronchopneumonie, wie sie STEPP berichtet, hat Verf. nicht feststellen können, doch kann das Bromoform anch bei dieser Komplikation des Keuchhustens ohne Schaden gereicht werden. Die Tagesgabe beträgt bei Kindern nnter 5 Jahren soviel mal 4 Tropfen, als das Kind Jahre zählt; bei Kindern von 5—10 Jahren heträgt die Tagesgabe anfänglich 20 Tropfen, doch kann man täglich nm 2—4 Tropfen bis zur Zahl von 40 Tropfen nnd selbst darüher hinaus steigen, bis der erwünschte Erfolg eingetreten ist. Bei Kindern unter 6 Monaten gebe man 2 bis 3 Tropfen täglich, hei solchen von 6—12 Monaten 3—4 Tropfen, eingeteilt in je 3 Dosen. Sohald das Kind irgend welche Zeichen von Somnolenz darbietet, unterbreche man die Anwendnng des Bromoforms, dann wird man niemals unangenehme oder gefährliche Nebenwirknngen zu beklagen haben. Stadthagen.

R. Sievers, Balantidenm coli, Megastoma entericum und Botriocephalus latus bei derselben Person. Zeitschr. f. klin. Med. XXX. (1/2.) S. 25.

S. berichtet ausführlich über einen 19 Jahre alten Gärtnerlehrling aus Helsingfors, bei welchem die drei in der Ueberschrift genannten Parasiten gleichzeitig gefunden wurden. Der Kranko litt an der heim Botriocephalus latus stets beohachteten Diarrhoe und an perniciöser Anämie. Es sollte nun festgestellt werden, inwieweit auch die heiden anderen Darm-

Digitized by Google

parasiten an diesen Störungen beteiligt waren. Es wurde deshalb zuerst der Botriocephalus latus durch Filicin und Arsenik vertrieben, Mittel, die bekanntlich die beiden anderen Parasiten nicht beeinflussen. Der Erfolg war der, dass Pat. nach Entfernung des Botriocephalus latus bedeutend an Gewicht gewann, dass seine Blutbeschaffenheit sich ganz wesentlich besserte und dass endlich auch die Stühle normal wurden. Nach etwa 20 Tagen jedoch traten bei günstig bleibendem Gesundheitszustand erneute Diarrhoeen ein, und in den Digestionen fanden sich immer lebende Balantidien und spärliche Megastomen. Letztere Parasiten mussten also als die Ursache der wieder eingetretenen Durchfälle angesehen werden, und man beschloss, gegen sie mittelst Chininklystieren und innerlicher Darreichung desselben Mittels zu Felde zu ziehen. Drei Wochen lang wurde diese Kur energisch durchgeführt mit dem Erfolge, dass mit den Balantidien auch die Durchfälle verschwanden. Dagegen hatte die Chininbehandlung keine so günstige Wirkung auf das Megastoma entericum. C. Rosenthal.

---

1) **C. Gerhardt,** Zwei Fälle von Rückenmarksgeschwülsten. Charité-Annalen 1895.

2) **H. Runge,** Anatomische Untersuchung von Pons und Medulla oblongata des Falles W. Ebenda.

1) Im ersten der beiden mitgeteilten Fälle sprachen die andauernd schmerzhafte Entwicklung der Krankheit bei dem 38jährigen Phthisiker, die Steifigkeit und Schmerzhaftigkeit am Ende der Halswirbelsäule, das langsame Fortschreiten der Lähmungen für eine Geschwulstbildung tuberkulöser Natur. Dass das Mark vorwiegend linksseitig und in der Cervicalanschwellung betroffen war, dafür sprachen das Vorwiegen der motorischen Lähmung auf der linken, der sensibeln auf der rechten Seite, und ferner die vorwiegende Lähmung und Muskelatrophie des linken Armes. Die Dauer der Erkrankung betrug 4 Monate. — Im zweiten Falle hatte ein 56jähriger Phthisiker Anfälle von krampfhaftem Verschluss der Stimmritze und Krisen, die den Larynxkrisen bei Tabes glichen. Die Sektion erwies einen erbsengrossen Cysticercus zwischen den Spinalwurzeln rechts und an der Basis des vierten Ventrikels rechts und links unregelmässige Einziehungen mit bräunlicher Färbung (Sklerose, pigmentirte Ganglienzellen).

2) Der obengenannte Befund im zweiten Falle erwies sich mikroskopisch als Blutungen aus sehr kleinen Arterien und Capillaren. Die Blutungen waren älteren Datums und hatten einen Teil der Fasern der Schleifenschicht und von Faserbündeln der linken Pyramide zerstört.

S. Kalischer.

A. Eulenburg, Beiträge zur neuropathologischen Casuistik. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 29.

Der erste der beiden mitgeteilten Fälle betrifft einen 40jährigen Zinkarbeiter, der das typische Bild einer cervicalen Syringomyelie aufwies. Die ersten Symptome derselben sollen bei dem bis dahin gesunden Manne nach einer in Folge einer Verletzung (Betriebsunfall) erlittenen Phlegmone der

rechten Hand aufgetreten sein, und zwar in Form einer Lähmung und Atrophie erst des rechten und später auch des linken Armes; erst weiterhin entwickelt sich die charakteristische dissociirte Empfindungslähmung. E. berichtet über 2 ähnliche Fälle, in denen im Anschluss an peripherische Verletzungen, besonders der Arme, Atrophien und aufsteigende Lähmungen mit dissociirten Empfindungslähmungen (Syringomyelie) entstanden und hält den Zusammenhang der letzteren mit der Verletzung kaum für zweifelhaft und nimmt als Mittelglied zwischen der peripherischen Verletzung (Zellgewebsentzündung) und der folgenden Rückenmarkserkrankung eine ascendirende Neuritis an. Eine chronische Zinkvergiftung will er bei dem Kranken nicht völlig ausschliessen, zumal ein Zinkspan ziemlich lange in der Wunde resp. im Gewebe liegen geblieben war. — Der zweite Fall betrifft einen 15jährigen Knaben, der an einer äusserst schweren angeborenen und familiären Form fortschreitender Myopathie (infantile progressive Muskeldystrophie) mit osteo-arthropathischen Deformationen litt. Der Vater und 3 Geschwister hatten an der gleichen Erkrankung gelitten. Neben den bekannten Erscheinungen derselben bestand eine angeborene Schwäche des Orbicularis oris und palpebrarum, eine Verdickung, Verlängerung und Verbiegung der Clavicula, Vergrösserung und Verdickung der Hände mit Dickenzunahme der Knochen; fibrilläre Zuckungen und Entartungsreaktion fehlten. — Die Kombination von progressiver Muskelatrophie mit Ernährungsstörungen im Knochensystem ist bereits von LE GENDRE, FRIEDREICH und Anderen beobachtet worden. Eine Myopathie acromégalique, d. h. Acromegalie mit progressiver Muskelatrophie, sekundärer Natur ist von DUCHESNEAU beschrieben worden. In dem beschriebenen Falle dürfte neben der ursprünglichen Veranlagung zu Ernährungsstörungen des Muskelsystems auch eine solche zu Ernährungsstörungen des Knochens und dadurch bedingte Deformationen bestehen, und dem Vorkommen von pseudohypertrophischer Volumszunahme an einzelnen Muskeln bei Atrophie anderer dürfte auch eine Steigerung der Volumszunahme an einzelnen Knochenabschnitten entsprechen. — In therapeutischer Hinsicht ist bei einer komplicirten, mühseligen und sehr lange fortgesetzten orthopädisch-mechanischen elektrischen Behandlung in diesen Fällen oft noch viel zu erreichen, indem die noch erhaltenen Muskelreste gekräftigt und eine vikariirende Funktionsübernahme der vorhandenen Muskeln angeregt wird. S. Kalischer.

K. Zinn, Beziehungen der Chorea zur Geistesstörung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXVIII. (2.)

Die Chorea ist nach Z. der Ausdruck einer krankhaften Affektion des Gehirns, der teils somatische, teils psychische Erscheinungen entsprechen; letztere können je nach der Intensität und Dauer des Krankheitsprozesses und je nach der Individualität des Erkrankten sich in bescheidenen Grenzen bewegen oder sich als ausgesprochene Psychosen charakterisiren. Dies gilt für die Fälle akuter Chorea mit Geistesstörung, wie für diejenigen der chronischen Form. Die hereditäre Huntigton'sche Chorea unterscheidet sich in keiner Beziehung von anderen Formen der chronischen Chorea; letztere geht bei längerer Dauer fast immer mit psychischen Störungen einher. Der Zusammenhang der somatischen Krankheitserscheinungen und

der psychischen Symptome in der Chorea ist ein sehr inniger. In der Chorea-Erkrankung ist die Disposition zu Geistesstörung gegeben; je nach dem Znstand des betroffonen Gehirns beobachten wir Chorea ohne Geistesstörung oder Chorea mit gleichzeitig auftretender Psychose oder die Entwicklnng derselben nach kürzerer oder längerer Daner der Chorea. Bei länger, über Jahre hinaus bestehonder Chorea verfallen die geistigen Eigenschaften immer; die Psyche kann dem choreatischen Krankheitsprozess für die Dauer nicht widerstehen und erleidet Veränderungen, die oft durch den Faktor erblicher Disposition beeinflusst werden und dann einen progressiv degenerativen Charakter annehmen. Die erbliche Disposition übt in der Chorea den gleichen ungünstigen Einfluss auf Dauer nnd Verlanf aus, wie bei anderen Nerven- und Geisteskrankheiten. Neurosen und Psychosen spielen in der Ascendenz wie in der Descendenz Choreatischer eine grosse Rolle; bei beiden kommt gleichartige Vererbnng nicht selten vor. Die Gelegenheitsnrsachen znm Ausbruch der Chorea sind die gleichen, wie bei Seelenstörungen. Alle Formen funktioneller Psychosen kommen bei Chorea vor. In der akuten Form der Chorea überwiegen die maniakalischen und delirienartigen, bei der chronischen die mehr depressiven oder stuporösen. Beide Formen kommen jedoch auch bei der akuten und chronischen Chorea vor; nnr die Prognose ist verschieden; bei der akuten Chorea nehmen die psychischen Störnngen fast ansnahmslos einen gnten Verlanf: es tritt nach kürzerer oder längerer Rekonvalescenz meist völlige Heilnng ein, während die Störungen bei der chronischen Chorea fast stets zur völligen Verblödung führen. Allo Psychosen bei Chorea erhalten jedoch eine charakteristische Färbnng durch die auffallende Reizbarkeit und Empfindlichkeit der Kranken, sowie durch die grosse Labilität der Stimmung nnd Neigung zu heftigen, plötzlichen Affektäusserungen. S. Kalischer.

---

1) **Déjérine,** Denx cas d'atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne par poliomyélite chronique suivis d'autopsie. Compt. rend. soc. de biol. 1895, 12 mars.

2) **P. Haushalter,** Un cas de myopathie primitive progressive. Revue do méd. 1895, 10 avril.

3) **A. A. Eshner,** A case of pseudo-mnscnlar hypertrophy. Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, May.

4) **J. T. Rugh,** Progressive mnscular atrophy, most marked in the rhomboid and shoulder muscles, bnt also involving the muscles of the tongue and face, and the external ocular muscles. Jonrn. of nerv. and ment. dis. 1895, june.

5) **J. B. Charcot,** Contribution à l'étnde de l'atrophie musculaire progressive type Duchenne-Aran. Arch. de méd.-expérim. 1895, 1 juillet.

1) Der erste der beiden Fälle ist ausgezeichnet durch späten Beginn (im 47. Lebensjahre) und sehr lange Dauer, ferner durch das vorherrschende Befallensein der oberen gegenüber den unteren Extremitäten. Der zweite Fall begann im 28. Lebensjahre und danerte nur halb so lange (10 Jahre) wie der erste, welcher dnrch Suicid endete. Bulbärsymptome fehlten in beiden Fällen, ebenso Atrophien und Lähmungen im Facialisgebiet. Die

mikroskopische Untersuchung ergab eine je nach dem verschiedenen klinischen Befund der beiden Fälle verschieden ausgedehnte Erkrankung bezw. einen Schwund der Vorderhornzellen mit den entsprechenden Veränderungen der vorderen Wurzeln und der peripheren Nerven. Erkrankungen in den Rückenmarkssträngen fehlten, wenigstens glaubt D. die geringfügigen Veränderungen der weissen Substanz im zweiten Falle kaum als pathologische deuten zu dürfen.

2) Der Fall handelt von einem 11jähr. Knaben, welcher mit sieben Jahren erkrankte. Die Form der sich nun progressiv entwickelnden Myopathie ist der juvenile Typus, aber nicht mit scapulo-humeralem, sondern mit cruralem Beginn: die Muskulatur der Beine und der Lenden wurde zuerst ergriffen, später folgten die Rücken- und Schultermuskeln nach. Vorderarme und Waden blieben frei, die Kniereflexe und fibrilläre Zuckungen fehlten. Eine hereditäre oder familiäre Disposition war nicht zu konstatiren.

3) Der 10jähr. Patient ist schon im Alter von 2—3 Jahren von der Erkrankung befallen worden. Der vom Verf. geschilderte spätere Zustand entspricht einem Stadium fortgeschrittener Bewegungsunfähigkeit bei hypertrophischem Volum verschiedener Muskeln, die Patellarreflexe fehlten. Auch sonst bietet der Fall nichts Ungewöhnliches. Eine der Photographien veranschaulicht die losen Schultern.

4) Die 35 Jahre alte Patientin verlegte den Beginn ihres Leidens 13 Jahre zurück, es begann mit Schmerzen in der rechten Schulter, allmählich wurden die rechten und dann auch die linken Schultermuskeln kraftlos. Die Atrophie betraf: Rhomboidei, Supraspinatus, Infraspinatus und Deltoideus. Der linke Facialis war paretisch, ebenso die rechte Zungenhälfte; die Zunge zeigte auch fibrilläre Zuckungen. Die Muskeln beider Augen, besonders die Interni, zeigten sich insufficient. Sonstige Anomalien bestanden nicht.

5) Der Verf. unternimmt es in der vorliegenden Arbeit, die in den letzten Jahren stark erschütterte Existenz der progressiven Muskelatrophie (vom Typus Aran-Duchenne) als Krankheit sui generis wieder zu befestigen.

Zu diesem Zwecke teilt er zwei Krankengeschichten mit, deren eine nach Verlauf und Befund dem eben genannten Typus angehört, während die zweite, in zwei Jahren tödlich verlaufend, der Poliomyelitis anterior subacuta zugerechnet wird. Der anatomische Befund war in beiden ungefähr der gleiche, die Unterschiede sind ungezwungen auf die verschiedene Dauer beider Fälle zu beziehen. Besonders hebt der Verf. eine Sklerose im vorderen Grundbündel hervor, deren Abhängigkeit von der Erkrankung der Vorderhornzellen er ableiten zu können glaubt. Diese Sklerose findet sich, wie eine genaue Litteraturübersicht ergiebt, in allen genügend sorgfältigen Beobachtungen, in denen die Vorderhörner mit ihren grossen motorischen Zellen erkrankt waren. In seinen Schlusssätzen behauptet Ch., dass der Typus Aran-Duchenne der progressiven Muskelatrophie eine nosologische Einheit darstelle, von der amyotrophischen Lateralsklerose abzutrennen sei; Autopsien gehören zu den grössten Seltenheiten. — Ebenso autonom sei die subakute Poliomyelitis anterior. Die Sklerose im vorderen

Digitized by Google

Grundbündel besteht fast immer bei der Poliomyelitis anterior subacuta und chronica, sie scheint eine Folge der Läsion der Vordorbornzellen zu sein. Die Patbogenese der in Rede stebenden Erkrankung ist durch die neueren Untersnchungen in nichts aufgeklärt worden. M. Brasch.

---

1) **W. Havelberg,** Einige Bemerkungen zur Lepra, nach Erfahrungen aus dem Lepra-Hospital zu Rio de Janeiro. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 46.

2) **Brieger,** Klinische Beobachtungen an zwei Leprösen. (Demonstration in der Gesellschaft der Charité-Aerzte am 26. Novbr. 1896.) Ebenda. No. 50.

1) Nacb Ansicht H.'s ist die Lepra erst durch die Portugiesen in Brasilien eingeschleppt worden; er schätzt die Zahl der Kranken im Lande auf mindestens 3000. Das Lepra-Hospital in Rio de Janoiro ist eine der besteingerichtetsten Anstalten dieser Art und verpflegt etwa 70 meist schwere Kranke. Nacb seinen Erfahrungen ist Verf. überzengt, dass die Lepra eine contagiöse Krankheit ist, anch von den Angestellten des Hospitals sind mebrere leprös geworden. Die Infektion scheint besonders durcb Unsauberkeit nnd elende Lebensverbältnisse begünstigt zu werden, doch müssen noch andere besondere Bedingungen nötig sein. Die in Dentschland nnlängst entstandene Lepra-Angst bält H. für ganz unberecbtigt, docb empfiehlt auch er eine stronge Beaufsichtigung oder besser Isolirung der hier lebenden Kranken. — Die Diagnose der Lepra im Beginn wird oft ermöglicht durch die Untersuchung eines Bluttropfens, den man mittelst eines Nadelstiches in den verdächtigen Knoten gewinnt; handelt es sich um einen Fleck, so muss der Einstich oft an verschiedenen Stellen wiederholt werden. Es gelangen dann mit dem Blntstropfen gewöbnlicb aucb einige Leprazellen und -Bacillen durch den Sticbkanal nach aussen. Tberapeutiscb ist in dem Hospital alles, was gegen Lepra empfohlen wurde, obne Resultat versucbt worden; eine spezifiscbe Bebandlnng der Krankheit giebt es eben bis jetzt nicbt.

2) Die eine der beiden Kranken, ein 19jähriges Mädcben, ist identisch mit der bereits früber von Wassermann vorgestellten (Cbl. 1896, S. 427). Inzwischen ist die Krankheit bei ihr nnaufhaltsam fortgeschritten; Knoten auf den Stimmbändern machten wegen Respirationsbehinderung die Tracbeotomie nötig und etwa gleicbzeitig trat schleimig-eitriges Sputnm mit zablreichen Leprabacillen auf. Dazu gesellte sich eine von Zeit zn Zeit in ihrer Intensität schwankende Albnminurie, deren Steigerungen von psychischen Störungen, wahrscheinlich infolge passagerer urämischer Intoxikation, begleitet sind. Subkntane Einspritznngen von Thiosinamin, ferner Jodkalinm, Thyreoidin und Jodothyrin, Injektionen von Pferdeserum blieben erfolglos. Ebensowenig batte eln die Pat. befallendes Erysipel einen günstigen Einflnss. Stoffwecbseluntersucbnngen zeigten eine erhebliche Vermebrung der Aetherschwefelsänren. — Der zweite Kranke, ein 41jäbr. Mann, befindet sich noch im Anfangsstadium der Lepra und ist ebenfalls schon anderweitig von Isaac vorgestellt worden. H. Müller.

R. Hitschmann, Ein Fall von luetischem Primäraffekt der Conjunctiva. (Aus der Augenklinik des Prof. Fuchs in Wien.) Wien. klin. Wochenschrift 1896, No. 52.

Der Pimäraffekt sass bei dem 37jährigen Patienten am rechten Auge im inneren oberen Teile des Bindehautsackes und nahm hier in Gestalt eines missfarbig grau belegten Geschwüres einander deckende Partien der Conjunctiva bulbi nnd tarsi ein. Die durch die Haut des etwas herabhängenden oberen Lides hindurchzufühlende harte Infiltration liess sich bis zum inneren oberen Augenhöhlenrande verfolgen. Die Drüse vor dem rechten Ohr und eine Lymphdrüse am Unterkiefer waren stark vergrössert. In entsprechender Zeit stellten sich Allgemeinerscheinungen ein. Die Infektion war vielleicht beim Abtrocknen des Gesichts mit einem von einem Syphilitischen benutzten Handtuche erfolgt. H. Müller.

R, Bell, Ichthyol as a therapeutic agent in the treatment of diseases of the uterine annexa. Edinb. med. journ. 1896, April.

Durch günstige Erfolge ermutigt, hat Verf. Ichthyoltampons in einer sehr grossen Reihe von Fällen entzündlicher Erkrankungen der Adnexe angewendet, in denen er vordem zur Operation geraten hat. Die Erfolge waren wiederum so günstig, dass trotz eines gegen früher 3 bis 4mal grösseren Materials die Zahl seiner Adnexoperationen zurückgegangen ist. Da er die meisten entzündlichen Erkrankungen der Adnexe auf primäre Erkrankungen des Uterus und des Cervix zurückführt, hält er es für unbedingt erforderlich, diesen Erkrankungen gleichzeitig seine Aufmerksamkeit zuzuwenden nnd die bestehende Endometritis und etwaige Cervixrisse zu beseitigen. Letztere erscheinen ihm von besonderer Wichtigkeit. Zum Schluss der Arbeit führt Verf. einige Fälle ans seiner Praxis zum Beweise an und empfiehlt die Ichthyoltherapie anf das Wärmste. A. Martin.

A. Hiebaum, Zur Casuistik der Geburtsverletzungen am Kindeskörper — Einpressung des Kleinhirns in die linke Pleurahöhle. Prag. med. Wochenschrift 1896, No. 15.

Verf. beschreibt einen Fall, in dem er bei Placenta praevia bei noch 4 cm langem Cervicalkanal, handtellergrossem äusseren, für 3 Finger knapp durchgängigem innern Mund das in dorso-posterior erster Querlage befindliche Kind auf den linken Fuss wendete nnd sofort gewaltsam extrahirte. Der Kopf blieb im innern Muttermund stecken nnd erschien erst nach über 5 Minuten andauerndem starken Zug mittelst des Manricean-Veit'schen Handgriffes. Das 39 cm lange Kind kam tot zur Welt. In der Schädelhöhle fehlte bei der Sektion das Kleinhirn. Das Hinterhauptsbein war zerbrochen. In der lnken Pleurahöhle fand sich eine beträchtliche Menge zertrümmerter Kleinhirnsubstanz. Diese hatte ihren Weg vom Schädel durch den Rückgratskanal (innerhalb der Duralscheide) genommen und war dann in der Höhe des 8.—11. Brustwirbels in die Pleurahöhle eingebrochen.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **22. Mai.** **No. 21.**

Inhalt: Hunt, Ueber die Hemmungsnerven des Herzens. — Hamburger, Zur Lymphbildungsfrage. — Ziegelrot, Das spezifische Gewicht des Körpers und des Blutes. — Roos, Ueber die wirksame Substanz der Schilddrüse. — Strümpell, Zur Aetiologie der alimentären Glykosurie. — Kohlenberger, Resorbirbarkeit der Albumosen vom Mastdarm aus. — May, Ein Fall von Lävulosurie. — Haasler, Die Histogenese der Kiefergeschwülste. — Thorel, Ueber Regeneration bei Niereninfarkten. — Kündig, Veränderungen des Blutes im Hochgebirge. — Bruns, Behandlung des Kropfes mit Schilddrüse. — Büdinger, Zur Lehre von der Gehirnerschütterung. — Heidenhain, Ueber traumatische Entstehung von Herzfehlern. — Mikulicz, Ueber Resektion von Röhrenknochen. — Clarke, Operationsmethode für Darmanastomose. — Bach, Einfluss antiseptischer Augenumschläge. — Lirbrecht, Ueber physiologisches und hysterisches Doppelsehen. — Goldzieher, Ueber die Retinitis circinata. — Kaufmann, Gleichzeitige Erkrankung des Acustieus, Facialis und Trigeminus. — Hering, Behandlung von Larynxpapillomen mit Phenolum sulforicinicum. — Lange, Ueber adenoiden Habitus. — Horne und Yearsley, Eucain als Anästheticum. — Chantemesse, Ueber das Typhustoxin. — Guinard und Trissier, Einfluss der Inanition auf Infektionen. — Wittlin, Einfluss des Lichts auf den Keimgehalt des Strassenstaubes. — Grethe, Ueber die Keimung der Bakteriensporen. — Merkel, Ueber das Airol. — Högerstedt, Fall von Atropinvergiftung. — Faisans, Fall von Kreosotvergiftung. — Hagenbach-Burckhardt, Marcuse, Fürth, Gottstein, Hutinel, Wirkung des Heilserums bei Diphtherie. — Klemperer, Behandlung der Lebercirrhose. — Fessler, Ueber schwere Darmkoliken. — Senator, Ueber intermittirende Gelenkwassersucht. — Gilbert und Roger, Ueber bilaterale Stethographie. — Hoffmann, Ueber elektrische Reflexzuckungen. — Fischer, Ueber elektromotorische Allochirie. — Lochte, Zur Kenntnis der Spiegelschrift. — Liepmann, Ueber Albuminurie bei Delirium tremens. — Neurath, Ueber Paresen nach Keuchhusten. — Strübing, Ueber Neurosen der Atmung. — Römisch, Verhalten der Epiglottis bei Recurrenslähmung. — Stülp, Ueber die Lage des Oculomotoriuskernes. — Elschnig, Ueber die sog. Stauungspapille. — Klemperer, Die Phonationscentren des Gehirns. — Welander, Ueber Nierenaffektionen bei Syphilis. — Herxheimer, Zur Kenntnis der Syphilis. — Graf, Fall von Xeroderma pigmentosum. — Stephan, Fall von Sclerodactylie. — Taylor, Ueber Vaginofixation. — Montgomery, Vaginale Hysterectomie. — Broca, Vorfall der Harnröhre bei kleinen Mädchen. — Thumin, Ueber Schwangerschaft bei Uterusmyom. — Swoboda, Aetiologie der Melaena. — Ekstein, Aseptisches geburtshülfliches Instrumentarium.

H. Hunt, Experiments on the relation of the inhibitory to the accelerator nerves of the heart. Journ. of exper. med. II. S. 151.

Von BAXT stammt die Angabe, dass den Hemmungsnerven (Vagi) des Herzens ein so gewaltiges Uebergewicht über die Beschleunigungsfasern (Nn. accelerantes) zukommt, dass selbst bei maximaler Reizung dieser eine minimale Erregung jener eine Verlangsamung der Herzfrequenz zur Folge habe. Verf. hat diese auffallende Angabe nachgeprüft, ohne sie bestätigen zu können. Seine Resultate sind diametral den Baxt'schen entgegengesetzt. Er fand vielmehr, dass bei gleichzeitiger Reizung beider Nerven der Effekt gleich ist der Summe der Reizeffekte jedes einzelnen Nerven. Erregt man den Vagus und Accelerans gleichzeitig mit gleich starken Strömen, so ist die Herzwirkung gleich Null; das Herz schlägt im gleichen Rhythmus und Frequenz weiter, wie vor der Reizung. Reizt man den Vagus mit stärkeren Strömen als den Accelerans, so vermindert sich die Herzfrequenz; reizt man den Accelerans stärker als den Vagus, so beschlennigt sich die Herzfrequenz. Demnach stellen der Vagus und der Accelerans zwei ihrer Wirkung nach antagonistische Nerven von annähernd gleicher Erregbarkeit dar; das von BAXT behauptete Uebergewicht der Vagi über die Accelerantes ist nicht nachweisbar. I. Munk.

H. J. Hamburger, Zur Lymphbildungsfrage. Archiv f. Physiol. 1897. S. 132.

Verf., der nächst HEIDENHAIN am energischsten dafür eintritt, dass die Lymphbildung nicht rein physikalisch als Filtrations- oder Transsudationsvorgang des Blutes durch die Capillaren aufzufassen ist, sondern dass eine eigene Thätigkeit der Capillarendothelien dabei im Spiele ist, berichtet zwei Erscheinungsreihen, deren Deutung als rein physikalische Vorgänge ihm unmöglich erscheint.

Bewegt ein Pferd bei ruhig gehaltenem Kopf Rumpf und Extremitäten, so nimmt die aus dem Halsstamm ausfliessende Lymphmenge, in üblicher Weise durch eine Canüle aufgefangen, zu. Man könnte nun denken, dass bei den Bewegungen des Rumpfes kleine, äusserlich nicht erkennbare Bewegungen von Nacken-, Hals- und Kopfmuskeln erfolgen und dass die mit der Kontraktion dieser bekanntlich einhergehende Erweiterung der Blutgefässe und Beschleunigung des Blutstromes eine stärkere Filtration durch die Capillaren bedinge. Verf. glaubt diesen Einwand deshalb zurückweisen zu sollen, weil passive Bewegung des Kopfes allein eine Steigerung der aus dem Halsstamm ausfliessenden Lymphmenge nicht zur Folge habe. (Dagegen ist zu sagen, dass passive Bewegungen durchaus nicht mit aktiven vergleichbar sind, ohne Muskelkontraktionen und also auch ohne Einfluss auf den Blutstrom zu stande kommen können.)

Ferner fand Verfasser, dass die Alkalescenz der Halslymphe beim Tier, das seine Muskeln bewegt, grösser ist, als diejenige der Ruhelymphe, während umgekehrt das Jugularisserum des ruhenden Tieres stärker alkalisch ist, als das des arbeitenden Tieres. (Auch dieser Einwand kann als ganz stichhaltig nicht anerkannt werden, da dasjenige Blut, das ein Filtrat liefert, das arterielle resp. Capillarblut ist und somit nur der Vergleich

mit dem Serum des Carotisblutes zulässig ist, wie dies W. Cohnstein schon früher dem Verf. gegenüber eingewendet hat.) I. Munk.

Ziegelrot, Das spezifische Gewicht des menschlichen Körpers und Blutes — zugleich ein Beitrag zur Krasenlehre. Virchow's Archiv. Bd. 146. S. 453.

Das spezifische Gewicht des Körpers stellt Verf. fest durch Bestimmung des Gewichts mittelst der Waage und Messung des Volums des Körpers. Zu letzterem Zwecke wird die betreffende Person in ein seinem Inhalte nach bekanntes cylindrisches Gefäss mit Steigrohr gebracht, das bis zu bestimmter Marke mit Wasser gefüllt ist. Sie taucht bis an den Kopf in Wasser ein und verdrängt eine ihrem Körper minus Kopf gleiche Menge, die man aus dem Grad des Steigens des Wassers im Steigrohr berechnen kann. Der Untersuchte muss dabei tiefste Exspirationsstellung einhalten. Der Kopfinhalt wird berechnet dadurch, dass man zwei Durchmesser des Kopfes mit Tasterzirkel misst, das Mittel nimmt und — den Kopf als Kugel betrachtet — in die bekannte mathematische Formel einsetzt. — Im Mittel von 21 Personen fand sich das spezifische Körpergewicht = 1055, bei einem mittleren Blutgewicht dieser Personen zu 1057. Dabei waren die Schwankungen des spezifischen Gewichts des Körpers entsprechend der Verschiedenheit der Konstitution erheblich grössere als die des Blutes, nämlich: 1023—1069, während die Blutdichte zwischen 1050 und 1061 lag.

Verf. knüpft nicht ganz einwandfreie theoretische Erwägungen an, wegen deren auf das Orig. verwiesen sei. A. Loewy.

E. Roos, Zur Frage nach der Anzahl der wirksamen Substanzen in der Schilddrüse. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 47.

In einem Stoffwechselversuche am Hunde verglich Verf. die Wirkung des Fränkel'schen Thyreoantitoxin mit dem Jodothyrin in Bezug auf die N-, P_2O_5-, NaCl-Ausscheidung und das Verhalten des Körpergewichts, um zu entscheiden, ob neben dem Jodothyrin noch eine andere wirksame Substanz in der Schilddrüse enthalten sei. Während nach Einführung des ersteren das Körpergewicht Neigung zum Ansteigen zeigte, sonst der Stoffwechsel nicht deutlich beeinflusst wurde, stieg nach Jodothyrin in typischer Weise die N-Ausscheidung an bei sinkendem Körpergewicht. Verf. erkennt danach — was Magnus Levy früher schon aus Respirationsversuchen geschlossen hatte — dem Thyreoantitoxin keine spezifische Schilddrüsenwirkung zu. A. Loewy.

A. Strümpell, Zur Aetiologie der alimentären Glykosurie und des Diabetes mellitus. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 46.

Den in letzter Zeit über die vorliegende Frage vielfach angestellten Untersuchungen fügt Verf. neue hinzu, in denen er zunächst festzustellen suchte, ob ein Zusammenhang zwischen bestimmten Allgemeinzuständen und verminderter Fähigkeit des Organismus, Zucker zu zersetzen, vorliege.

Negativ waren die Ergebnisse an Anämischen, Marantischen und an progressiver Muskelatrophie leidenden Personen. Dagegen konnte geringe Glykosurie bei Neurasthenikern, speziell bei sog. traumatischer Neurose erzielt werden, wenn 150 g Zucker auf einmal gegeben wurden.

Am eklatantesten waren die positiven Ergebnisse bei chronischen Alkoholisten, besonders bei habituellen, starken Biertrinkern, wie Brauereiarbeitern, Studenten etc., bei denen schon nach 100 g Zucker eine vorübergehende Glykosurie auftrat, bei der der Harn bis über 1 pCt. Zucker enthalten konnte. Bei besonders Disponirten tritt Glykosurie schon ein, wenn schnell reichliche Biermengen ($1^1/_2-2$ l) dem Körper einverleibt werden.

Verf. schliesst diesen Resultaten theoretische Betrachtungen über das Auftreten des Diabetes an, wegen deren auf das Orig. verwiesen sei.

A. Loewy.

Kohlenberger, Zur Frage der Resorbirbarkeit der Albumosen im Mastdarm. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 47.

Verf. untersuchte nach Einverleibung von WITTE's Pepton oder KEMMERICH's Fleischpepton als Klysma den spontan dem Klysma nachfolgenden Stuhl oder das Spülwasser, mit dem ca. 4 Stunden nach dem Klysma das Rectum ausgespült wurde, auf Albumosen mittelst der Heller'schen, der Millon'schen, der Biuretprobe und mit Essigsäure und concentrirter Kochsalzlösung nach NEUMEISTER. Albumosen konnten nicht nachgewiesen werden, nur schwache Biuretreaktion war zuweilen nachweisbar. Die Albumosen waren also resorbirt worden. Gleichzeitige Untersuchungen des Harns ergaben, dass in ihm keine Albumosen vorhanden waren. Das heisst, dass die resorbirten Albumosen nicht unbenutzt den Körper durch die Nieren verlassen, sondern zur Verwendung im Haushalte des Körpers gelangen.

A. Loewy.

R. May, Lävulosurie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. S. 279.

Abgesehen von einem Fall von KÜLZ, in dem ein linksdrehender Zucker im Harn nachgewiesen wurde, liegen keine sicheren Beobachtungen über das Vorkommen von Lävulose im Harn vor, und selbst der Külz'sche Fall bot Besonderheiten, so dass KÜLZ noch zweifelte, ob es sich in seinem Falle um wahre Lävulose handelte.

MAY teilt einen Fall von Myelitis transversa mit, dessen Harn die Polarisationsebene nach links drehte, gährte, die Trommer'sche und Nylander'sche Probe gab, also reducirte, mit Resorcin und Salzsäure gekocht, Rotfärbung gab, ein Osazon bildete, das bei 204—205° schmolz. Ein Teil der linksdrehenden Substanz wurde durch Bleiessig gefällt. — Aus 8 Litern Harn wurde die Reindarstellung der linksdrehenden Substanz unternommen. Ihre Reaktionen sprachen für Lävulose. Zur Krystallisation konnte die Substanz nicht gebraucht werden. Ausser ihr war übrigens auch eine rechtsdrehende Substanz im Harn enthalten. — Auf Grund kritischer Betrachtung der neueren Arbeiten über Lävulose kommt Verf. zu dem Schluss, dass für ihre Identificirung genügt: 1. Linksdrehung, 2. Re-

Digitized by Google

duktion von Metalloxyden, 3. Vergährbarkeit durch Hefe, 4. Bildung von Phenyldextrosazon.

Auch die oben erwähnten Besonderbeiten des Külz'schen Falles sucht Verfasser zu erklären und hält die von Külz gefundene Zuckerart für mit Lävulose identiscb. A. Loewy.

F. Haasler, Die Histogenese der Kiefergescbwülste. Arch. f. klin. Chir. LIII. S. 749.

Verfasser hat zunächst gegen 30 Granulome untersucht. Es sind dies kleine fleiscbige, an der Zahnwurzel festhaftende Gebilde; auf dem Durchschnitt zeigt eine grössere Zahl cystischen Bau. Eine scbarfe Trennung in entzündlicbe und neoplastische Gebilde ist unmöglich; es finden sich stets Entzündungserscbeinungen und progressive Gewebsveränderungen nebeneinander. In der Peripberie liegt stets ein derbfaseriges Bindegewebe, das im Innern lockerem, zellreichem Bindegewebe Platz macht. Letzteres ist mit zablreichen Leukocyten durcbsetzt; es kommt aucb zur Bildung kleiner Abscesse. In vielen Fällen sieht man mehrkernige Riesenzellen, zu Gruppen vereint, die den bei myelogenen Sarkomen beschriebenen Zellen vollkommen gleichen. Bei allen Fällen, 3 ausgenommen, findet sicb Epithel, oft in mächtigen Zügen dicht gedrängter abgeplatteter Zellen, am häufigsten an der Wurzelspitze, mitunter aber die ganze Gescbwulst durchsetzend. Neben den platten Zellen sieht man kubischc uud niedrige Cylinderzellen, ferner unregelmässig ausgezackte Zellformen. Nie besteht eine Aebnlichkeit mit den Zellen des Rete Malpighi, bisweilen mit den sternförmigen Zellen der Schmelzpulpa. Die Abgrenzung des Epitbels gegen das Bindegewebe ist fast immer unregelmässig und undeutlicb, indem das Bindegewebe in Knospenform zwischen die Epithelstränge eindringt. Auch durch Bildung von Gefässscblingen werden in vielen Fällen die Verbände der Epithelzellen gelockert; ferner führen die zablreich vorhandenen Leukocyten zur Lockerung und Zerstörung des Epitbels. Ueberbaupt treten an den Epithelzellen zahlreicbe degenerative und destruktive Veränderuugen auf, denen eine Wucherung der epithelialen Elemente voraufgeht. Die Wurzel-Granulome entstehen, indem durcb eine chronischc Entzündung eine Proliferation der präexistirenden Gewebselemente des Alveolarligaments angeregt wird. Das Auftreten der Riesenzellen weist auf eine Beteiligung des umliegenden Knochengewebes hin.

Während ein grosser Teil dieser Granulome offenbar der Rückbildung fähig ist, geben andere zur Entstehung von Kiefergeschwülsten Veranlassung; es können Gescbwulstformen des Bindegewebes und Knocbengewebes sich ausbilden, ferner Mischformen von Bindesubstanz- und Epithelgeschwulst, solide Epitbeliome und kleine cystische Tumoren.

Es werden dann 5 Epuliden von Erbsen- bis Taubeneigrösse untersucht; ibr Stiel steht mit den Alveolen kariöser Zähne in Zusammenhang. Es findet sicb stets neben der Epulis eine Wurzelgeschwulst. Im ersten Fall ist die Epulis ein Myxofibrom mit Knocbeneinsprengungen, die Wurzelgranulation bestebt aus derbfibrösem Gewebe mit einzelnen myxomatösen Partien. Die zweite Epulis ist ein derbes Fibrom mit Knorpelinseln; in der Wurzelgeschwulst findet sich kernarmes Bindegewebe. Die anderen 3

Epuliden enthalten zahlreiche Riesenzellen zwischen spindeligen Zellformen; die Gefässe sind zahlreich und weit mit hämorrhagischen Herden in der Umgebung. Die dazugehörigen Granulome zeigen in 2 Fällen nichts Besonderes; nur im dritten ist die Struktur des Granuloms völlig in Uebereinstimmung mit der der Epulis. Trotzdem glaubt Verf., dass die Epuliden in der Regel nicht von den Wurzelgeschwülsten abstammen. Es wird dann noch ein Fall von epithelialer, carcinomatöser Epulis beschrieben, ausgehend von den Epithelresten im Alveolarligament.

Es schliessen sich an die Fälle von sogenanntem Pulpasarkom, die aber nichts mit der Pulpa zu thun haben, sondern vom Alveolarligament aus in die Höhlung der zerstörten Zahnkrone hineingewuchert sind. Sie haben einen Ueberzug von geschichtetem Pflasterepithel und zeigen auch in den tieferen Schichten oft Epithelstränge. Ihr Grundgewebe besteht aus zellreichem jugendlichen Bindegewebe.

Es folgen dann 10 Fälle von Kiefercysten, die in genetischem Zusammenhang zu Zähnen oder Zahnanlagen stehen. 4mal ragen Zahnkronen, 3mal Wurzelspitzen in das Innere der Cyste hinein, 3mal waren die Zähne bereits extrahirt. Verf. hält das Schmelzorgan und seine Hüllen für wesentlich beteiligt bei dem Zustandekommen dieser Cysten, wenn auch die von MALASSEZ behauptete paradentäre Genese im Wesentlichen zu Recht besteht. Das Epithel ist bei diesen Cysten sehr reichlich vorhanden, oft fehlt es gänzlich. Wie zwischen Kiefercysten und cystischen Wurzelgranulomen enge Beziehungen bestehen, so andererseits zwischen den centralen epithelialen Kiefertumoren und gewissen Formen der Granulome. Verf. hat zwei derartige Fälle untersucht, einen Fall von multilokulärem Cystom und eine Cystenbildung mit papillären Wucherungen in das Lumen hinein. In beiden Fällen handelt es sich um gutartige Tumoren. M. Rothmann.

Ch. Thorel, Ueber typische und Pseudo-Regeneration bei Niereninfarkten. Virchow's Arch. Bd. 146. S. 297.

Um der Frage einer Regeneration bei menschlichen Infarktnieren näher zu treten, hat Verf. eine grosse Zahl von Niereninfarkten und Rindennarben aus verheilten Infarkten nach Fixirung in absolutem Alkohol untersucht. Die von einem 71jährigen arteriosklerotischen, an Hirnerweichung gestorbenen Manne 12 Stunden nach dem Exitus gewonnenen Niereninfarkte im Alter von ca. 3 Wochen waren zum Studium dieser Verhältnisse besonders geeignet. Die Infarkte zeigen nekrotisches Centrum und hämorrhagisch-nekrotischen Saum; das umgebende Nierengewebe ist parenchymatös entzündet, an den sich auflösenden Epithelien finden sich keine Mitosen. Dagegen sind solche im hämorrhagisch-nekrotischen Saum der Infarkte vorhanden; in den Glomeruli sind sie ganz vereinzelt, ohne dass eine wirkliche Neubildung von Glomeruli zu konstatiren wäre. Am häufigsten finden sich Mitosen im Stadium des Monastor in den gewundenen Harnkanälchen der Rinde. Die mitosehaltigen Zellen liegen als grosse blasse Kugeln mit homogenem Protoplasma wandständig oder von der Tunica propria losgelöst zwischen den anderen nekrotischen Epithelien. Oft liegen mehrere Mitosen in einem Harnkanälchen, besonders an dem dem angrenzenden

normalen Parenchym zugewandten Ende. Der ganze Infarkt wird von einem Mitosenring umschlossen, der in der hämorrhagisch-nekrotischen Zone liegt. Aber auch im Innern der Nekrose finden sich gut erhaltene Mitosen.

Im weiteren Verlauf kann man in der Infarktperipherie inmitten vollständig nekrotischer Harnkanälchen einige mit gut erhaltenen Zellen erkennen, deren Epithelbesatz offenbar eine partielle oder komplete Neubildung erfahren hat. Der Prozess der Neubildung von Harnkanälchen ist dem der Heilung von Nierenwunden ziemlich analog, nur dass der Neubildungsprozess von zufälligen Mitosen seinen Ausgang nimmt. Die Neubildung der Tunica propria erfolgt noch früher von den in Kernwucherung befindlichen Bindegewebselementen aus. Auch an den Markstrahlen der Rinde und den Henle'schen Schleifenschenkeln kommen solche Regenerationsprozesse vor, wenn sie in das Gebiet der Nekrose hineinreichen.

Es ist als eine Thatsache anzusehen, dass in Infarktnieren Epithelregenerationen an den nekrotischen Harnkanälchen vorkommen; doch vollzieht sich diese Regeneration keineswegs an allen mitosenhaltigen Kanälchen. Neben dieser ziemlich beschränkten typischen Regeneration findet sich ziemlich häufig eine atypische oder Pseudoregeneration, die zur Bildung solider Zellkomplexe, umgeben von einer nekrotischen Tunica propria, führt. Es handelt sich auch hier um Epithelregenerationen im präformirten Kanälchensystem, die zur Bildung fester Zellstränge führten. Aber auch ausserhalb des Infarkts im Bereich des interstitiellen Granulationsgewebes finden Wucherungen der Epithelien statt, die zu einer prallen Füllung der Kanallumina mit Zellen führen und als eine Art regenerativer Epithelwucherung aufgefasst werden müssen. Diese soliden Zellstränge verschwinden vielleicht weiterhin unter zunehmender Atrophie, vielleicht persistiren sie auch und können zur Bildung von Nierenadenomen Veranlassung geben.

Für die Funktion der Niere haben die Epithelregenerationen im Infarkt selbst keine Bedeutung, zumal die entsprechenden Glomeruli zu Grunde gegangen sind. M. Rothmann.

A. Kündig, Ueber die Veränderungen des Blutes im Hochgebirge bei Gesunden und Lungenkranken. Corr.-Blatt f. Schweiz. Aerzte 1897, No. 1 und 2.

Verf. hat in Davos (1560 m ü. M.) die Zahl der roten Blutkörperchen und den Hämoglobingehalt an einer Reihe von gesunden und lungenkranken Menschen bestimmt. Nach längerem Anfenthalt in Davos sind die Durchschnittszahlen bei gesunden Männern 6,551,100 rote Blutkörperchen und 132,3 pCt. Hämoglobin, bei gesunden Frauen 5,804,000 resp. 116,7 pCt., bei leicht-kranken Männern 6,564,000 und 132,3 pCt., bei leicht-kranken Frauen 5,774,000 und 117,9 pCt., bei mittel-schwerkranken Männern 6,649,700 und 132,6 pCt., Frauen 5,670,000 und 112,6 pCt., bei schwerkranken Männern 6,978,400 und 134 pCt., bei Frauen 5,736,000 und 113,5 pCt. Gleich nach Ankunft in Davos steigt die Zahl der roten Blutkörperchen an, hat aber oft nach 3 Wochen noch nicht das Maximum erreicht; der Hämoglobingehalt wächst etwas langsamer.

Digitized by Google

Nach Ansicht des Verf.'s ist die Grösse der atmenden Oberfläche in gleicher Höhe für die Zahl der roten Blutkörperchen massgebend, eine Annahme, die auch durch sorgfältige Spirometermessungen gestützt zu werden scheint. Je geringer die atmende Oberfläche, desto grösser die Blutkörpercheuzahl. Die Grawitz'sche Theorie, nach der die Vermehrung der roten Blutkörperchen nur eine scheinbare, bedingt durch den Wasserverlust in der verdünnten und trockenen Luft, sei, ist bisher nicht sichergestellt. Wahrscheinlich besteht doch eine absolute Vermehrung der Blutkörperchen.

Bei der Lungentuberkulose ist entschieden neben der Wirkung des Höhenklimas die verminderte atmende Oberfläche die Hauptursache der gesteigerten Blutkörperchenzahl. M. Rothmann.

P. Bruns, Weitere Erfahrungen über die Kropfbehandlung mit Schilddrüsenfütterung. Med. Corr.-Bl. des Württemb. ärztl. Landesvereins No. 8, und Beitr. zur klin. Chir. XIII. (1.)

Die Gesammtzahl der Beobachtungen Verf.'s beträgt 60, d. h. die Gesammtzahl seiner sämmtlichen Kropfkranken, mit Ausnahme derer mit Cystenkropf, malignen Strumen und Basedow'scher Krankheit. Anfänglich wurde rohe Schilddrüse, und zwar in ziemlich grossen Dosen gegeben, später, zur Vermeidung von Vergiftungserscheinungen und bei gleicher Wirksamkeit, kleinere, in maximo 10 g für Erwachsene und 5 g für Kinder in 8 Tagen. Seit längerer Zeit werden indessen die White'schen Tabletten benutzt, und zwar bei Erwachsenen pro die 2, bei Kindern 1 (entsprechend 0,3 g Schilddrüsensubstanz). Die Kur dauert 3—4 Wochen; beim ersten Erscheinen etwaiger Vergiftungssymptome ist das Mittel einfach auszusetzen. Am günstigsten wirkt es bei Kindern, völlige Heilung ist hier die Regel; bei Jünglingen tritt meist eine bedeutende Verkleinerung der Geschwulst mit Beseitigung der Beschwerden ein; bei Erwachsenen ist mit zunehmendem Alter ein wesentlicher Erfolg die Ausnahme. Im Ganzen zeigten von 60 Patienten 14 vollständige Heilung, 20 waren von ihren Beschwerden ganz befreit, 9 erheblich gebessert und 17 blieben ohne Erfolg. Im Einzelnen wurden 7 im Alter von 0—10 Jahren völlig geheilt, im 2. Jahrzehnt zeigten von 28 Patt. sich 7 vollständig, 14 grossenteils geheilt, 4 gebessert, 3 erfolglos behandelt. Für 14 Patt. aus dem 3. Jahrzehnt betrugen diese Zahlen 4, resp. 3 und 7. Von 11 älteren Kranken wurden 2 mit gutem, 2 mit mässigem und 7 ohne Erfolg behandelt. In praktischer Beziehung kommt unvollständige Rückbildung oft einem vollen Erfolg gleich, insofern die Geschwülste grossenteils schwinden und die Beschwerden aufhören; 2mal gelang es auf diese Weise, den Luftröhrenschnitt zu vermeiden. Andere Male gelang es, die Geschwulst so weit zu verkleinern, dass ihre operative Beseitigung leicht war. Mit den besseren Resultaten bei jungen Personen und bei kurzem Bestehen der Geschwulst hängt zusammen, dass das Hauptgebiet der Behandlung der hyperplastische Kropf bildet.

Recidive hat Verf. nur in 3 Fällen gesehen. P. Güterbock.

Digitized by Google

K. Büdinger, Ein Beitrag zur Lehre von der Gehirnerschütterung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLI. S. 433.

Bei einem 40jährigen Manne, der aus dem ersten Stockwerke herabgestürzt war, bestand ausser einer gequetschten oberflächlichen Wunde in der rechten Scheitelbeingegend vollständige Bewusstlosigkeit mit Aufhebung der Reflexe. Der Urin wurde unwillkürlich entleert; ca. 15—16 Stunden post trauma erfolgte der Tod. Die Sektion ergab an uns interessirenden Befunden, abgesehen vom Fehlen von Brüchen des Schädels und Zerreissungen der Hirnhäute, die inneren Meningen in den hinteren Anteilen der Grosshirnhemisphäre durch schwarz-rote Extravasate suffundirt; die Hirnsubstanz mässig mit Blut versehen, um die Vorderhörner und in den Pedunculis, namentlich der rechten Seite, von streifen- und punktförmigen Extravasaten durchsetzt. Auch im Aquaeductus Sylvii schwarz-rotes geronnenes Blut in den Hirnhöhlen fast nur klares Serum. Die mikroskopische Untersuchung des bereits sehr weichen, in Alkohol gehärteten und mit Ammoniak-Carmin gefärbten Gehirns ergab: die Gefässe durchweg stark mit Blut gefüllt, die kleineren mit weit abgehobenen Lymphscheiden und in dem Bereiche letzterer an verschiedenen Stellen Leukocyteniufiltration, welche teilweise auf die benachbarte Hirnsubstanz überging. Die Ganglienzellen der grauen Lager um die Ventrikel zeigten auch schon bei schwacher Vergrösserung auffällige Gelbfärbung, Störung ihres Protoplasmas und ausgesprochene Degeneration. Eine Ausdehnung der sie umgebenden Lymphräume war nicht darzuthun, so dass eine Erklärung dieses Verhaltens der Lymphsäcke der Gefässe durch Rückstauung von Liquor cerebro-spinalis unzulässig erscheint. Während aber die Anfüllung der Gefässe mit analogen, von andereu Autoren erhobenen Befunden und solchen bei Tierversuchen übereinstimmt, findet sich für die Degeneration der Ganglienzellen kein Beispiel in den einschlägigen Beschreibung, ebensowenig wie Vf. dieselbe experimentell zu erzengen vermochte. P. Güterbock.

L. Heidenhain, Ueber die Entstehung von organischen Herzfehlern durch Quetschung des Herzens. (Aus der chir. Klinik zu Greifswald.) Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLI. S. 286.

Höchst sorgfältige Arbeit, mit Berücksichtigung namentlich auch der älteren Casuistik und einem 31 Nummern umfassenden Litteraturverzeichnis.

Ausgehend von einer eigenen Beobachtung, in welcher nach einem Schlag von einer Kurbel gegen die Brust sich Stenose und geringe Insufficienz der Aortenklappen mit (relativer) Insufficienz und leichter Stenose der Mitralis entwickelten, bespricht Verf. in gesonderten Abschnitten die Entstehung von Herzmuskelerkrankungen durch Quetschungen der Brust und die von Herzklappenfehlern aus gleicher Ursache. Wir haben uns an dieser Stelle mit Wiedergabe der Schlusssätze Verf.'s zu begnügen:

1. Durch anatomische Beobachtungen ist erwiesen, dass in seltenen Fällen durch stumpfeinwirkende äussere Gewalt bei Fehlen einer Wunde, mögen Rippenbrüche vorhanden sein oder nicht, leicht Quetschungen des Myocardiums erzengt werden, welche an sich eine Fortdauer des Lebens gestatten. Es ist zu vermuten, dass infolge solcher Herzquetschungen beim

Digitized by Google

Ueberlebenden die Zeichen einer Herzinsufficienz entstehen können (Hochhaus).

2. Durch stumpfwirkende äussere Gewalt können, wie einige anatomische, sowie vier sichere klinische Beobachtungen und fernerhin Leichenversuche (Bori's) beweisen, Klappenzerreissungen im linken Herzen hervorgerufen werden. Im rechten Herzen sind solche bisher nicht beobachtet worden.

3. Von den Klappenzerreissungen durch äussere Gewalt sind zu scheiden die häufigeren, gelegentlich auch im rechten Herzen sich ereignenden Rupturen durch innere Gewalt, durch eine übermächtige Steigerung des Blutdruckes bei einer starken körperlichen Anstrengung.

4. Klappenzerreissungen an und für sich können nur eine Insufficienz der Klappe hervorrufen. Diese Behauptung wird dadurch gestützt, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, in welchen über eine Klappenzerreissung, sei es durch innere oder äussere Gewalt, bisher berichtet wurde, klinisch und anatomisch allein eine Schlussunfähigkeit der Klappe festgestellt wurde.

5. Die selteneren Fälle, in welchen nach einer Quetschung der Herzgegend eine Klappenstenose entstanden ist, lassen sich nur durch nachfolgende entzündliche Veränderungen an der betreffenden Klappe erklären. Die bisherigen Beobachtungen lassen vermuten, dass es sich in solchen Fällen um eine schleichende Endocarditis handelt.

P. Güterbock.

J. Mikulicz, Ueber ausgedehnte Resektionen der langen Röhrenknochen wegen maligner Geschwülste. Arch. f. klin. Chir. L. S. 660.

Von den einschlägigen 7 Fällen Verf.'s betrafen 3 die obere Extremität, nämlich 2 die Ulna, nach deren Resektion mit Hülfe einer seitlichen Lederschiene genügende Leistungsfähigkeit zurückblieb, von diesen 1 mit während eines $1^1/_2$- resp. $^1/_2$jähr. Zeitraumes konstatirter Recidivfreiheit, während der dritte, den Radius betreffende Fall mit Entlassung aus der Anstalt abschloss. Von den 4 die untere Extremität betreffenden Fällen wurde einmal nach Resektion des Tibiakopfes das disponible Stück der Fibula medianwärts zwischen Tibia und Femur interponirt. Man dachte, durch funktionelle Hypertrophie würde es hier zu einem genügend starken Konsolidationsprozess kommen, so dass die Extremität wieder tragfähig werden würde, doch war dieses während einer Beobachtungsfrist von $^3/_4$ Jahr noch nicht erfolgt. In den 3 letzten Fällen handelte es sich um Resektionen des Femur; in einem, einen 64jähr. Pat. betreffend, musste schon während der Resektion die konservative Behandlung aufgegeben und zur Amputation übergegangen werden, worauf Heilung eintrat. Bei einem 37jährigen Pat. wurde nach Resektion der unteren Hälfte des Femur der Versuch gemacht, dessen obere Hälfte mit der Tibia in knöcherne Verbindung zu bringen, doch misslang derselbe trotz Implantation einer Elfenbeinröhre und einer Nachoperation, so dass $5^1/_2$ Monate nach der Resektion die Amputat. femor. gemacht werden musste. Dagegen glückte die qu. Implantation des oberen Femurendes bei einem $16^1/_2$jährigen Pat. nach Resektion von 20 cm voll-

Digitized by Google

kommen. Bei Abschluss des Berichtes, 1 Jahr nach der Resektion, konnte der recidivfreie Operirte sogar $^1/_4$ Stunde lang schwimmen.

In längeren Schlussbemerkungen erkennt Verf. als einen Hauptvorteil der Resektion bei malignen Tumoren langer Röhrenknochen die Möglichkeit, den Kranken schon zu einer Zeit zur Operation zu bestimmen, in der er den verstümmelnden Radikaleingriff der Amputation entschieden verweigern würde. Von den vorliegenden 7 Operirten hatte kein einziger dem Verf. die bedingungslose Erlaubnis zur Absetzung des Gliedes gegeben.

P. Güterbock.

J. J. Clarke, A suggestion for instestinal anastomosis. The Lancet 1896, May 9.

„Bobbin" mit abgestumpften, kegelmantelähnlichen Enden aus Hartkautschuk. Die Basis des einen Kegelmantels wird nach Einstülpung des Darmes und Sicherung dieses durch eine Tabaksbeutelnaht der des anderen ebenso behandelten dicht angedrängt und etwaiges überschüssiges Gekröse in 2 dreieckigen Falten befestigt. P. Güterbock.

L. Bach, Bakteriologische Untersuchungen über den Einfluss antiseptischer Ueberschläge auf den Keimgehalt des Lidrandes und Bindehautsackes. Arch. f. Augenheilk. XXXIV. S. 69.

B. applicirte 6 Pat. Umschläge mit Sublimat 1 : 3000 auf's Auge und erzielte 5mal eine Verminderung der Keimzahl im Bindehautsack und einmal eine Vermehrung. Die Keimzahl am Lidrand war 4mal vermindert und 2mal vermehrt. Bei 5 Versuchen mit Sublimat 1 : 1000 war die Keimzahl im Bindehautsack 4mal vermindert, 1mal vermehrt, am Lidrand 4mal vermindert und 1mal vermehrt. Unter 9 Versuchen mit Hydrargyrum oxycyanatum war die Keimzahl im Bindehautsack 8mal und am Lidrand 9mal vermindert. 8 Fälle wurden nur mechanisch gereinigt. 6mal war die Keimzahl im Bindehautsack vermindert, 1mal vermehrt und 1mal gleich, am Lidrand 3mal vermindert, 3mal vermehrt und 2mal gleich. Aus diesen Versuchen erhellt, dass von antiseptischen Umschlägen bei inficirten Leiden des Auges recht wenig zu erwarten ist. Horstmann.

Liebrecht, Ueber physiologisches und hysterisches Doppelsehen. Archiv f. Augenheilk. XXXIV. S. 74.

Bei fast allen Menschen lassen sich in bestimmten Stellungen der Augen Doppelbilder durch die Prüfung nachweisen. Spontanes Doppelsehen tritt bei natürlichem Gebrauche der Augen dabei niemals ein. Das Doppelsehen tritt niemals beim Blick gradeaus, sondern erst bei Drehungen der Augen nach verschiedenen Richtungen, meist erst bei excessiver Blickrichtung auf. Die Doppelbilder sind fast stets gleichnamig, auch beim Blick nach oben und unten. Das physiologische Doppelsehen beruht auf der Thatsache, dass bei associirten seitlichen Bewegungen des Auges die Einwärtswendung des einen Auges eine stärkere ist als die Auswärtswendung, bei den Bewegungen nach unten und oben auf der verschiedenen

Exkursionsfähigkeit der beiden Augen desselben Individuums nach diesen Richtungen.

Das hysterische Doppelsehen führt zu spontanem Doppelsehen, jedoch nur zeitweise mit relativ geringer Belästigung der Träger. Die Doppelbilder können gekreuzt oder gleichnamig sein. In beiden Fällen sind sie aber schon bei Blick gradeaus vorhanden. Die Erscheinungen des Doppelsehens stimmen nicht überein mit einer durch Kern- oder periphere Nervenaffektionen verursachten Augenmuskellähmung. Das Verhalten der Doppelbilder ist kein konstantes. Die einzelnen, oft nahe bei einander liegenden Prüfungen ergeben wechselnde Resultate. Das Doppelsehen ist aufzufassen als eine Affektion des Centrums für die willkürlichen associirten Bewegungen, als einer Region der Grosshirnrinde. Horstmann.

W. Goldzieher, Die Hutchinson'sche Veränderung des Augenhintergrundes (Retinitis circinata Fuchs). Arch. f. Augenheilk. XXXIV. S. 112.

Die von G. im Jahre 1887 beschriebene Hutchinson'sche Veränderung des Augenhintergrundes ist nach dessen Ansicht identisch mit der Retinitis circinata von Fuchs. Dieselbe befällt vorzugsweise ältere Personen, und zwar Frauen. Das Leiden geht schon frühzeitig mit Sehstörungen einher, die durch ein centrales Skotom bedingt sind. Als Grund der Sehstörung findet sich eine Degeneration der Netzhautmitte. Diese drückt sich aus durch eine Anhäufung weisser, niemals von Pigmentsäumen eingefasster Flecke und Stippchen, die sich kreisförmig um die ursprünglich intakte Fovea centralis lagern, bei Mangel aller entzündlichen Erscheinungen an der Papille und bei vollkommener Durchsichtigkeit der Augenmedien. Die Netzhautgefässe sind krank; zu den häufigsten Komplikationen gehören Blutungen. Das Uebel ist ein chronisches, der Ausgang kaum je ein günstiger. Die Netzhautmitte wird häufig völlig atrophisch, gänzliche Erblindung tritt jedoch nicht ein, da die Netzhautperipherie funktionsfähig bleibt. Die Krankheit ist mit Arteriosklerose vergesellschaftet und beruht wahrscheinlich auf disseminirter weisser Erweichung der Retinalsubstanz.

Horstmann.

D. Kaufmann, Ueber einen Fall von gleichseitiger akut aufgetretener Erkrankung des Acusticus, Facialis und Trigeminus. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXX. S. 125.

Bei einem 34jähr. Manne trat unter Fieber, Kopfschmerzen, Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen, Rötung der Haut der linken Wange mit Bildung kleiner Bläschen (Herpes zoster) auf und bald gesellten sich zu diesen Erscheinungen linksseitige Facialislähmung in allen Aesten, Ohrensausen und totale Taubheit des linken Ohrs. Die otoskopische Untersuchung des letzteren ergab normalen Befund, die Hörprüfung wies auf eine Affektion des Nervenapparates hin. Der Herpes zoster ging schon in den ersten Tagen zurück, die übrigen Erscheinungen, mit Ausnahme der subjektiven Geräusche und der Taubheit, verloren sich innerhalb ca. 4 Wochen. Letztere besserten sich trotz subkutaner Injektionen von Pilocarpin und innerlichem Gebrauch von Jodnatrium nur wenig.

Digitized by Google

Vf. kann über die Natur dieses Krankheitsprozesses nichts Bestimmtes sagen, hält es aber für nabeliegend, anzunehmen, dass es sich um eine Neuritis gebandelt habe, welcbe den 2. Ast des Trigeminus, den Facialis und Acusticus betroffen hatte. Schwabach.

Th. Hering, Ueber Larynxpapillome und ihre Behandlung mit Phenolum sulfo-ricinicum. Tberap. Monatsb. 1897, März.

Nach einer ausführlichen Besprecbung dessen, was nnter dem Namen Papillom zu versteben sei, ihren Sitz, die Ursache der Entstehung, ihre Recidivfähigkeit, wird dann die Behandlung der Neubildung, die palliative und die radikale, abgehandelt. Die letztere zerfällt in die extra- nnd die intralaryngeale; beide werden ebenso wie die palliative — die Tracbeotomie — miteinander verglichen und auf ihren Wert geprüft. Zur radikalen Behandlnng erwies sich dem Verf. am besten die scharfe Zange in der Jurasz'scben Modifikation. Für die Laryngotomie empfiehlt Verf. vor allem möglichst weite Eröffnung der Larynxböble, Spaltung des Zungenbeins, Durchtrennung des ganzen Scbildknorpels. Die Wundränder näht Verf. nicbt. Bei den Nachteilen der Laryngotomie — Verwachsungen der Stimm- nnd Taschenbänder, membranartige Schwarten- und Stenosenbildung, Schädigung der Stimme — ist diese nur ausnahmsweise gestattet. Angesicbts dieser Umstände empfieblt Verf. das Phenol. sulforicinic., das den Grundboden der Neubildung zu zerstören vermag, obne länger anhaltende Reizzustände zu hinterlassen. Wiederholte Betupfnngen mit 30proc. Lösnng genügten, um Papillome an der hinteren Larynxwand und den Santorini'schen Knorpeln ohne vorhergehende cbirurgiscbe Entfernung znm dauernden Schwunde zu bringen. Dass tuberkulöse Wucberungen zerstört werden, baben schon früher Ruault nnd Verf. hervorgeboben. Bei Papillomen von gewisser Grösse nnd Ausbreitung wird es die Operation nicbt ersetzen, da es nicbt tief genug in den Grundboden eindringen kann. Sein günstiger Einfluss beginnt gewöhnlich, wenn nach Abtragung der Neubildung die Ansatzstellen energisch behandelt werden. Die Verbornnng scheint eine beträchtlicbe Schwierigkeit für das Eindringen des Medikamentes zu bilden, wesbalb Papillome mit dünnem Epithelüberzug durcb einfaches Bepinseln schwinden, während dieselben Gebilde am Stimmband erst verscbwinden, wenn nacb operativer Entfernung das Mittel auf den Grundboden einwirken kann. W. Lublinski.

V. Lange, Ueber adenoiden Habitns. Berliner klin. Wochenscbr. 1897, No. 1.

Es ist bekannt, dass der sogen. adenoide Habitus für die adenoiden Vegetationen nicbt absolnt patbognomisch ist; mit anderen Worten: man trifft denselben unter Verhältnissen, die mit der von Meyer zuerst bescbriebenen Krankbeit nichts zu tbnn baben. Diese Gruppe von Kindern sind aucb psycbiscb nicbt ganz normal, sie sind neuropathiscb und bieten krankbafte Symptome rein nervöser Natur dar. Bei einzelnen hat Verf. eine mangelhafte Entwicklung des Schädels, besonders des frontalen Teils, gefunden, bei der Mehrzahl jedocb nichts Derartiges. Es scbeint sich nur

um einen krankhaften Zustand des Nervensystems zu handeln; wenigstens spricht die Therapie dafür, da in den meisten Fällen durch eine längere Zeit fortgesetzte Anwenduug von Arsenik erstaunlich gute Resultate erzielt wurden. W. Lublinski.

Horne and **Yearsley,** Eucaine as a local anaesthetic in the surgery of the throat nose and ear. Brit. med. journ. 1897, Jan. 16.

Empfehlung einer 2-, 5- und 8proc. Eucainlösung. Die 2proc. Lösung genügt zur Anästhesirung der Uvula zur Laryngoskopie, Rhinoskopie; die 5- und besonders die 8proc. Lösung wurde zu operativen Vorgängen mit Erfolg benutzt. Die Anästhesie tritt nach 5—10 Minuten ein und dauert 10—20 Minuten. Allgemeine Erscheinungen fehlen; in 3 Fällen traten Uebelkeit und Schwäche auf, die aber nach der Meinung der Verff. nicht dem Mittel zuzuschreiben sind. Lokal ruft es nicht die Ischaemie wie Cocain hervor; die Salivation scheint stärker angeregt zu werden. Nachwirkungen traten nicht ein. W. Lublinski.

Chantemesse, Sur la toxine typhoide soluble. Compt. rend. de la soc. de biol. 1897, No. 3 et 4.

Ch. hat bereits längere Zeit mit Widal Immunisirungsversuche mit Typhusbacillen gemacht, allein das Serum der Tiere, welche er mit abgetöteten und lebenden Kulturen behandelt hatte, besass zwar eine Schutzwirkung gegen eine Infektion mit Typhusbacillen, aber die Wirkung gegen die Intoxikationserscheinungen, welche Typhuskranke darbieten, war gering. Ausgehend nun von einer Erfahrung, dass die Tieren eingebrachten Typhusbacillen sich am längsten im Knochenmark lebend erhalten, stellte er sich einen neuen Nährboden dar. Milz und Knochenmark wurden in der Kälte macerirt und der Flüssigkeit eine kleine Menge defibrinirtes Menschenblut hinzugesetzt. Auf diesem Nährboden entwickeln sich die Typhusbacillen sehr reichlich. Das Filtrat der Kulturen zeigt für Tiere toxische Eigenschaften, welche am stärksten am 5. oder 6. Tage vorhanden sind, je nach der Wachstumsenergie. Nach dieser Zeit nimmt der Toxingehalt des Nährbodens ab, nach 12—15 Tagen ist er ganz geschwunden.

Das Toxin, welches Ch. erhielt, verliert seine Wirkung bei der Berührung mit Luft und im Licht. Es ist schwerer bei niederer Temperatur zu erhalten, als bei Zimmertemperatur. Erwärmen auf 58° während einer Stunde beeinträchtigt das Toxin nicht, ein Erhitzen auf 100° während kurzer Zeit vermindert den Toxingehalt, zerstört ihn aber nicht ganz. Beim Ansäuern mit Acid. tartaric. wird das Toxin stark geschwächt; es wird wieder gestärkt, wenn man dem Nährboden seine alkalische Wirkung zurückgiebt durch Hinzufügen von Soda.

Wunderbarer Weise wirkt das Toxin intensiver bei grossen Tieren, als bei den kleinen magern. Der Hammel ist weniger empfindlich, als das Pferd, aber unter Berücksichtigung seines Gewichtes viel weniger widerstandsfähig, als das Kaninchen, welches wieder empfänglicher ist, als das Meerschweinchen.

Digitized by Google

Wenn die durch ein Porzellanfilter filtrirte Kultur im luftleeren Raum bei 30° eingedampft wird, so verliert sie einen grossen Teil ihrer toxischen Wirkung. Wird das Produkt des Eintrocknens mit Alkohol bei 80° behandelt, wieder getrocknet und mit Wasser aufgenommen, so bleibt es zwar noch toxisch, ist aber viel schwächer, als der in Alkohol unlösliche Teil. Das gewonnene toxinhaltige Filtrat hatte 0,05 g Trockensubstanz auf 5 ccm, worin die Salze, die Eiweisssubstanzen und das lösliche Toxin enthalten sind. Wird von dem Toxin die tödliche Dosis injicirt, so stirbt das Tier unter Diarrhoeen und Temperaturabfall, welchem bei etwas geringeren Dosen Fieber vorhergeht. Als jedoch bei einem Hammel eine Injektion von soviel Filtrat vorgenommen wurde, dass 0,05 g Trockensubstanz einverleibt wurden, so wurde das Tier bald nach der Injektion sehr leidend, es trat Diarrhoe und Temperatursteigerung auf. Auf eine spätere Injektion traten die gleichen Erscheinungen auf, jedoch waren sie schwächer. Nach diesen beiden Injektionen wirkte das Blutserum des Tieres, welches ursprünglich diese Wirkung nicht hatte, stark agglutinirend auf Typhus bacillen; es hatte also das Serum nach der Behandlung mit dem löslichen Typhustoxin dieselben charakteristischen Eigenschaften erlangt, welche das Blut von Typhuskranken bekommt.

Mit dem löslichen Typhustoxin hat dann Ch. weiter Immunisirungsversuche bei Pferden vorgenommen. Es dauert lange, bis eine erhebliche Immunität bei diesen Tieren auftritt; ein Pferd, welches bereits acht Monate behandelt war, zeigte noch bei einer Injektion von 60 ccm der filtrirten Kultur eine Temperatursteigerung von 2°. Allein das Serum dieser Tiere erhält allmählich eine beträchtliche antitoxische Wirkung.

Ch. hat mit dem gewonnenen antitoxischen Serum auch Kranke mit gutem Erfolg behandelt, welcher sich in dem Einfluss auf das Allgemeinbefinden, Gang der Temperatur, Frequenz des Pulses u. s. w. ausspricht. In einer späteren Mitteilung will er darüber berichten. H. Bischoff.

Guinard et **Teissier,** Influence de la diète et de l'inanition sur les effets de certaines toxines microbiennes. Compt. rend. de l'acad. des sciences 1897. t. CXXIV. p. 371.

Verff. haben die Toxine des Diphtherie- und des Pneumoniebacillus auf Hunde wirken lassen, welche teils in gewöhnlichem Nährzustande waren, teils längere Zeit gefastet hatten, manche waren sogar im Zustande der Inanition. Sie fanden, dass die Hunde, nachdem sie längere Zeit ohne Nahrung waren, gegen die Toxine widerstandsfähiger sind. Von 22 Hunden ertrugen 4, welche im Zustande der Inanition waren, die Dosis Diphtherietoxin, während alle Vergleichshunde starben. Sobald jedoch die nüchternen Hunde funktionelle Störungen zeigten, starben sie sehr schnell. Bei der Obduktion sind bei den Hunden in der Inanition die Veränderungen der Eingeweide, der Darmmucosa, der Leber, der Milz weniger schwere, als bei den Vergleichshunden.

Es drängen sich für diese Thatsachen zwei Hypothesen auf: Bei den Hunden im Zustande der Inanition kommen die Toxine in einen verarmten Körper und treffen auf Zellen, welche bereit sind, alles zu verarbeiten,

Digitized by Google

und zu assimiliren, was sich darbietet, weswegen die Toxine zerstört werden, bevor sie ihre ganze Wirkung entfalten können. Andererseits können auch die Toxine deswegen nicht wirken, weil der Körper im Hungerzustande der Elemente entbehrt, auf welche die Toxine nach Art von Fermenten wirken, um direkt wirksame Gifte zu erzeugen. Verf. halten die zweite Hypothese für die wahrscheinlichere. Wenn sich diese Thatsache, dass hungernde Tiere widerstandsfähiger gegen Toxine sind, als gefütterte, als allgemein gültig erweist, so dürfte dies von grosser Wichtigkeit sein in Bezug auf die einzuhaltende Diät bei der Behandlung der Infektionskrankheiten. H. Bischoff.

Wittlin, Ueber die Einwirkung der Sonnenstrahlen auf den Keimgehalt des Strassenstaubes. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 52.

W. beschickte sterilisirten Strassenstaub mit Bakterien. Von den angewandten Schalen wurden immer zwei trocken gehalten, zwei befeuchtet und dann je zwei dem direkten Sonnenlicht ausgesetzt, zwei in einem Glasschrank gegen Sonnenstrahlen geschützt. In einer dritten Versuchsreihe exponirte er unsterilen Staub teils trocken, teils befenchtet dem direkten Sonnenlicht. Die Zahl der Bakterien bestimmte er, indem er mittelst eines kleinen Platinlöffels von $^1/_{10}$ ccm Inhalt Staub entnahm, diesen in 5 ccm sterilem Wasser aufschwemmte und davon 0,5 ccm zu einer Gelatineplatte ausgoss. W. fand, dass die Bakterien in dem trockenen Staube viel schneller abgetötet werden, als in den Schalen, welche befeuchtet wurden. Er hält daher die Art der Staubentfernung, wie sie in Deutschland üblich ist, durch Berieseln der Strassen für unzulässig, da das Berieseln des Strassenstaubes an sich bakterienvermehrend wirkt und ausserdem der Desinfektion des Staubes durch die Sonnenstrahlen entgegenarbeitet. H. Bischoff.

Grethe, Ueber die Keimung der Bakteriensporen. Fortschr. d. Med. 1897, No. 2—4.

G. hat bei verschiedenen Bakterienarten unter dem Mikroskop das Auskeimen der Sporen sowohl intra vitam beobachtet, als auch an gefärbten Präparaten. Um die lebende Spore gut beobachten zu können, machte er eine Aufschwemmung von Sporenmaterial in einem Bouillontropfen und fügte dazu einen Tropfen Agar. Dadurch wurden die Sporen in ihrer Stellung festgehalten, waren nicht Molekurbewegungen unterworfen, und ebenso wurde die Beobachtung nicht durch die beweglichen vegetativen Formen gestört. G. konnte feststellen, dass die Art des Auskeimens der Sporen, ob sie als Bacillus an den Polen oder im Aequator die Membran durchbricht, wechselnd ist, so dass die Keimung nicht als ein sicheres Unterscheidungsmoment zwischen verwandten Arten angesehen werden kann. Die Keimung erfolgt so, dass die Spore ihren Glanz verliert, an Umfang zunimmt und die Membran durchbricht. Dies Austreten geschieht je nach der Elasticität der Membran schneller oder langsamer, beim Wurzelbacillus wird beispielsweise die Membran zunächst an einer Stelle vorgewölbt, ehe sie einreisst, während bei den Heubacillen und beim Milzbrand das Aus-

Digitized by Google

schlüpfen plötzlich eintritt. Die Keimung ist bei einer Temperatur von 35—37° C. innerhalb $^3/_4$—$1^1/_2$ Stunden vollendet.

Gegen Färbungsmittel verhält sich die keimende Spore wie die vegetative Zelle: sobald der Glanz der Spore verschwunden ist, ist auch die Fähigkeit, Farbstoffe nur schwer — nach besonderer Präparation — anzunehmen, dann aber auch zäh festzuhalten, verloren gegangen. G. schliesst daraus, dass die ziemlich allgemein herrschende Ansicht, das Verhalten der Sporen gegen Farbstoffe sei von der Membran abhängig, nicht richtig sei, sonst könnte nicht die keimende Spore, sobald sie ihren Glanz verloren hat, obgleich sie sich noch in der Membran befindet, dasselbe Verhalten zeigen, wie die vegetative Zelle. Man muss also annehmen, dass die Sporensubstanz selbst das verschiedene Verhalten gegen Färbungs- und Entfärbungsmittel bedingt. H. Bischoff.

S. Merkel, Mitteilungen über das Airol. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 7.

Das Airol — Wismuthoxyjodidgallat —, ein neuerdings als Ersatzmittel für das Jodoform in den Handel gebrachtes Präparat, stellt ein grau-grünes, feines volumiöses Pulver dar; es ist geruch- und geschmacklos, an trockner Luft verändert es sich nicht, während feuchte Luft und direkte Einwirkung von Wasser den Körper in eine rote Verbindung überführt. An Giftigkeit steht es sowohl dem Jodoform, als auch dem Dermatol nach; während 1,0 g Jodoform pro kg Kaninchen oder Meerschweinchen eine absolut tödliche Dosis ist, lauten die entsprechenden Zahlen für Dermatol 2, für Airol 3—4. Vor dem Jodoform hat das Airol ferner Folgendes voraus: 1. hat es die Fähigkeit, in Verbindung mit den warmen Körpersäften sofort einen kleinen Teil Jod abzugeben; 2. wirkt es infolge seines Wismuthgehalts stark austrocknend, ohne zu reizen. Es befördert den Granulationsprozess und wirkt bei Eiterungen, hauptsächlich aber auch bei jauchigen Prozessen wie das Jodoform. Besonders gute Dienste leistet es bei Oberflächenwunden: Geschwüren und Brandwunden; bei Beingeschwüren trocknet es das Geschwür rasch aus, befördert den Granulationsprozess und beschleunigt die Ueberhäutung. Niemals tritt unter dem Airolschorf wieder Eiter hervor, während dies beim Jodoformschorf durchaus nicht selten vorkommt. Angewandt wurde das Airol meist in trockener Form mit dem Bläser oder imprägnirt in Gazestoff, selten in Salbenform. Das feine Pulver ist zum Zerstäuben ausserordentlich angenehm, indem es sich überall gleichmässig verteilt und so bei Höhlenwunden in jede Tasche gebracht werden kann.
K. Kronthal.

A. Högerstedt, Eine arzneiliche Atropinvergiftung. Petersb. med. Wochenschrift 1896, No. 6.

Ein 24jähriger Mann erhielt statt einer Morphiumeinspritzung zwei volle Pravaz'sche Spritzen einer $^1/_2$proc. Atropinsulfatlösung subkutan injicirt; es ist dies die zehnfache Menge der 0,001 betragenden Maximaldosis. Sehr schnell traten die bekannten Symptome der Atropinvergiftung auf, besonders bedrohlich erschien die beginnende Herzlähmung. Da H.

letztere als eine Vagnslähmung ansah, so wählte er als Antidot das den Vagus erregende Pilocarpin, und zwar injicirte er in Anbetracht der kolossalen Atropinmenge 0,06 Pilocarpinum hydrochloricum, d. h. das Dreifache der Maximaldosis. Der Erfolg war ein glänzender: der Blutdruck stieg, die Pulsfrequenz sank, der Puls wurde regelmässig, voll und kräftig, die Herztöne wurden lauter, die Atmung ruhiger; am folgenden Tage waren alle Erscheinungen bis auf eine leichte Dysurie und eine starke Mydriasis geschwunden. K. Krontbal.

Faisans, Empoisonnement par la créosote. Gazette des hôpitaux 1896, No. 21.

Ein 26jähriger Phthisiker, der mit Kreosotöl (1 : 15) behandelt wurde, nahm hiervon auf einmal 140 g = 9,5 g Kreosot. Es traten heftige Aufregungszustände, Hallucinationen, Hyperästhesien am ganzen Körper auf, Pupillen ungleich, stark dilatirt, Temperatur anfangs leicht erhöht, später normal, Puls frequent, regelmässig; Urin liess Pat. zunächst unter sich, erst am vierten Tage liess sich Urin auffangen, der alsdann die charakteristische Färbung zeigte. Die Erregungszustände hielten etwa 4 Tage an, dann trat ziemlich plötzliche Besserung ein; nach weiteren 2 Tagen konnte Pat. als geheilt entlassen werden. K. Kronthal.

---

1) **Hagenbach-Burckhardt,** Die schweizerische Diphtherie-Enquête. Korr.-Blatt f. Schweiz. Aerzte 1895, No. 23.
2) **P. Marcuse,** Beitrag zu den schädlichen Nebenwirkungen des Diphtherieheilserums. Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 35.
3) **Fürth,** Ueber 100 mit Behring's Heilserum behandelte Fälle von Diphtherie. (Aus der med. und chirurg. Klinik zu Freiburg i. B.) Münch. med. Wochenschr. 1895, No. 30.
4) **A. Gottstein,** Serumtherapie und Statistik. Eine Entgegnung. Therap. Monatsh. 1894, No. 90.
5) **Hutinel,** Accidents de la sérothérapie antidiphtérique. Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1896, No. 13.

1) Bei Besprechung der von der schweizerischen Diphtheriekommission entworfenen Zählkarte, welche die Grundlage für die Enquête bildet, erörtert Verf. die Frage, bis zu welchem Grade von Sicherheit aus den klinischen Symptomen die Diphtheriediagnose gestellt werden kann. Mit dem von Sahli aufgestellten Satze, — dass klinische Diphtherie des Rachens mit typischen Pseudomembranen so gut wie immer zusammenfällt mit dem ätiologisch-bakteriologischen Begriff Löffler'sche Diphtherie" — erklärt er sich einverstanden. Dagegen glaubt H., dass Streptococcenpseudodiphtherie durchaus nicht so selten ist, wie Sahli annimmt, wenigstens nicht in der Privatpraxis, und dass sie in ihrem klinischen Verhalten durchaus nicht immer von leichten Fällen echter Diphtherie zu unterscheiden ist. Auch wenn feste, zusammenhängende, nicht auf die Tonsillen beschränkte Membranen vorhanden sind, ist eine Täuschung nicht ausgeschlossen, da es diphtheroide, durch Coccen veranlasste Anginen giebt, welche alle diese Merkmale besitzen, ja sogar auf den Kehlkopf fort-

Digitized by Google

schreiten und stenotische Erscheinungen hervorrufen können, hier kann nur die mikroskopische oder besser noch bakteriologische Untersuchung entscheiden.

2) Ein fünfjähriges Mädchen hatte wegen Diphtherie am 22. und 23. Oktober 1894 je 10 ccm Heilserum No. II injicirt erhalten. — 11 Tage später stellten sich unter hohem Fieber ein urticariaartiger Ausschlag über den ganzen Körper und Albuminurie ein. Während diese Erscheinungen gegen Ende November verschwanden, traten nunmehr Zeichen diphtherischer Lähmung und am 20. November, abermals unter Fieberbewegungen, heftige Gelenkschmerzen, jedoch ohne Schwellung der Gelenke, auf. Erst Mitte December war das Kind vollkommen geheilt. — Während urticariaartige Ausschläge und Gelenkschmerzen auch von anderen Beobachtern im Gefolge von Anwendung des Heilserums beschrieben sind, hat der vorliegende Fall das Eigenthümliche, dass der Fieberzustand ausserordentlich lange — fast 5 Wochen lang — mit nur kurzer Unterbrechung von wenigen Tagen (16.—19. November) andauerte.

3) Von den 100 mit Serum behandelten Fällen sind nur 12 gestorben; die in den beiden ersten Tagen der Erkrankung zur Behandlung gekommenen sind sämmtlich geheilt. — Bei 79 von den 88 Geheilten fand eine weitere Ausbreitung der diphtherischen Membranen nach der Injektion nicht mehr statt. — Der Procentsatz der Tracheotomien in der Serumperiode war niedriger wie im Durchschnitt der früheren Perioden (31 pCt. gegen 46,2 pCt.); die Sterblichkeitsziffer der Tracheotomirten ist gerade auf die Hälfte der Durchschnittszahl aus den vorhergehenden Perioden gesunken (35,4 pCt. gegen 70,4 pCt.). — In den letal verlaufenen Fällen war doch öfters eine günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens vorübergehend wahrzunehmen.

4) Behring hatte behauptet, dass der günstige Einfluss des Heilserums u. A. daran erkennbar sei, dass in Berlin im Jahre 1894 die Diphtheriemortalität in den Krankenhäusern viel geringer war, als in der privaten Praxis. Diese Angaben erklärt G. für falsch. Nach seinen Aufstellungen betrug die Mortalität in ganz Berlin 26,8 pCt., in den Krankenhäusern aber 28,9 pCt. — Das Jahr 1894 hält Verf. zu Schlüssen über die Wirkungen des Heilserums überhaupt nicht für brauchbar. Seit Einführung des Heilserums in die allgemeine Praxis, d. h. vom Herbst 1894 ab, ist die Gesammtzahl der der Polizei gemeldeten Diphtherieerkrankungen plötzlich auf das Doppelte gegenüber den Vorjahren gestiegen; dies beweist nach Verf. nicht, dass die Morbidität gestiegen ist, sondern lediglich, dass die Meldepflicht seitens der Aerzte sorgfältiger erfüllt wurde. Ebenso ist die Zahl der Aufnahmen in die Krankenhäuser auf das Doppelte, eben wegen der Einführung des Serums, angewachsen. Berechnet man nun einfach die procentuale Mortalität an Diphtherie für das vierte Quartal 1894, d. h. für die Serumperiode, und stellt sie im Vergleich zu früheren Perioden, so kommt man in Folge der eben angeführten Verhältnisse zu falschen, dem Serum günstigen Schlussfolgerungen. Denn die Anzahl der Todesfälle an Diphtherie ist auch in früheren Jahren nahezu richtig bekannt geworden.

5) Die Krankheitserscheinungen, welche sich in einzelnen Fällen bei Diphtheriekranken im Gefolge der Injektion von Heilserum entwickeln, —

polymorphe Exantheme, Albuminurie, Arthropathien, Myopathien, Fieber etc. — gleichen nach Verf.'s Ansicht dem Bilde der Streptococceninfektion. Verf. ist daher geneigt, diese Nebenwirkungen des Heilserums daraus zu erklären, dass durch die Injektion in irgend einer, noch aufzuklärenden, Weise den mit dem LÖFFLER'schen Bacillus vergesellschafteten Streptococcen das Eindringen in die Gewebe von der Mundhöhle aus ermöglicht würde. Nach den Beobachtungen des Verf.'s kommen diese schädlichen Wirkungen des Antitoxins besonders bei solchen Patienten vor, die an chronischen Erkrankungen des Nasenrachenraumes leiden (z. B. Hypertrophie der Tonsillen, adenoide Vegetationen), ausserdem bei Scharlachkranken. Verf. räth desshalb, Patienten dieser Kategorien nur dann Serum zu injiciren, wenn nach dem klinischen Bilde und aus dem Befunde sehr zahreicher Löffler-Bacillen auf eine schwere Form der Diphtherie zu schliessen ist.

Stadtbagen.

G. Klemperer, Zur Behandlung der Lebercirrhose. Harnstoff als Diureticum. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 1.

K. empfiehlt, bei Lebercirrhose frischen Ascites nicht zu punktiren, sondern durch Diuretica auf denselben einzuwirken. Als ein solches ist ganz besonders der Harnstoff in Anwendung zu ziehen. Derselbe wird in folgender Weise verordnet:

Ureae purae 10,0
Aquae destillatae 200,0
stündlich 1 Esslöffel.

Nach wenigen Tagen werden täglich 15 g und bald darnach 20 g verabreicht. Eine schädliche Wirkung dieser Ordination wurde niemals beobachtet, dagegen zeigte sich stets eine ausserordentliche Steigerung der Diuresen. In zwei Fällen von frischem Ascites auf Grund von Lebercirrhose schwand die Wasseransammlung in verhältnismässig kurzer Zeit vollständig. Bei gesunden Nieren leistet der Harnstoff überhaupt Ausserordentliches. Der Geschmack des Mittels ist allerdings nicht angenehm, lässt sich aber durch Nachtrinken von Milch erheblich verbessern. Ein besonderer, unüberwindlicher Widerwille gegen das Medikament wurde niemals beobachtet.

C. Rosenthal.

Th. Fessler, Ueber schwere Darmkoliken und die eventuelle Verwechslung derselben mit anderen Krankheiten. Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 2.

Die Fälle von Darmkolik, die F. innerhalb $2^1/_2$ Monaten achtmal zu beobachten Gelegenheit hatte, betrafen sämmtlich Soldaten. Die Symptome waren sehr bezeichnende. Die Kranken hatten tonische Krämpfe von beinahe $^1/_4$ Minute Dauer; mehrere Male war auch der Corneal- und Papillarreflex einige Minuten völlig aufgehoben. Das Sensorium war in den anfallsfreien Zeiten meist stark getrübt. Manchmal klagten die Kranken auf Befragen über Schmerzen in der Nabelgegend. Grosse Dosen von Morphium bis zu 4 Centigramm subkutan kürzten diese Anfälle ab. Man hätte in diesen Fällen an Tetanus denken können; da aber keine weiteren Anfälle folgten, so konnte eine solche Diagnose nicht aufrecht erhalten werden,

Digitized by Google

mmal auch ein ätiologisches Moment sich nicht ergab. Auch an Epilepsie wurde wiederholt gedacht, aber auch hier liess die Anamnese vollkommen im Stiche. Dagegen sprachen die belegte Zunge, vorausgegangene Obstipation, das aufgetriebene Abdomen für eine Erkrankung des Intestinaltractus. Es handelte sich eben um Darmkoliken so intensiven Charakters, dass durch den immensen Schmerz reflektorisch Krämpfe der gesammten Muskulatur des Körpers ausgelöst wurden, ja dass es sogar zur Aufhebung des Cornealreflexes kam. Therapeutisch ist, auch wenn Obstipation und consecutive Auftreibung des Abdomens besteht, von der Anwendung von Abführmitteln völlig abzusehen. Hier hilft nur Morphium und zwar grosse Dosen, bis 4 cg subkutan injicirt. C. Rosenthal.

H. Senator, Ueber intermittirende Gelenkwassersucht. Charité-Annalen. XXI. 1896.

Von der in der Ueberschrift erwähnten, noch ziemlich unklaren Affektion hat Verf. in der Litteratur nur 35 Fälle nachweisen können; er fügt 2 Fälle eigener Beobachtung hinzu. In dem ersten derselben, der einen 17jährigen, an Magenbeschwerden leidenden Kutscher betraf, trat eine, offenbar von einem serösen Erguss in die Gelenkkapsel herrührende Anschwellung erst des rechten Kniegelenks ein, die nach 17 Tagen gänzlich zurückgebildet war; nach einem mehrwöchentlichen Intervall trat dieselbe Affektion des linken Kniegelenks ein und wiederholte sich nach einer 10tägigen Pause. Der Mangel aller bekannten Ursachen für Gelenkschwellungen (namentlich eines Traumas), das völlige Zurückgehen aller Erscheinungen, das ganz normale Befinden in der freien Zwischenzeit, endlich die nur geringfügigen, durch die Schwellungen verursachten Beschwerden lassen den Fall als zu den sog. „intermittirenden Gelenkwassersuchten" gehörig erscheinen. In dem zweiten Falle, ein 18jähr. Mädchen betreffend, traten die Schwellungen des einen Kniegelenks seit Jahren alle paar Wochen ein, gewöhnlich kurz vor der Menstruation, um nach einer Dauer von 8—14 Tagen wieder zu verschwinden. Aus der Analyse der sämmtlichen 37 Beobachtungen geht nach Ansicht des Verf.'s hervor, dass die unter dem Namen der „intermittirenden Gelenkwassersucht" zusammengefassten Fälle verschiedener Natur sind: ein Teil ist durch nervöse Störungen in vasomotorischen Gebieten hervorgerufen, ein anderer Teil beruht wahrscheinlich auf leicht entzündlichen Vorgängen, die entweder auf ein Trauma oder auf ein in der Nachbarschaft des Gelenks befindliches Reizungs- resp. Infektionsherd zurückzuführen sind oder durch sog. rheumatische resp. rheumatoide Ursachen veranlasst werden. Perl.

Gilbert et **Roger,** Essai de stéthographie hilatérale. Revue de méd. 1897, No. 1.

Zur Vergleichung der Bewegungen der beiden Thoraxhälften empfehlen Verff. einen registrirenden Apparat, dessen dem Thorax anliegende Endplatten jederseits im 5. Intercostalraum, dicht lateralwärts vom Sternalrand, applicirt werden; bezüglich der Konstruktion des Apparates müssen wir

auf das Original verweisen. Bei der Untersuchung von 6 gesunden Männern vermittelst dieser Methode fand sich — bei ruhiger Atmung — viermal keine Differenz in den Bewegungen beider Thoraxhälften, zweimal dagegen eine etwas stärkere Erweiterung rechterseits; wurden die Individuen jedoch zu stärkeren Atemzügen angehalten, so fanden sich allemal Differenzen (rund 1—3 mm) zu Gunsten bald der einen, bald der anderen Seite, und ähnliche — aber exspiratorische — Differenzen markirten sich bei Hustenstössen. — In 4 Fällen von pleuritischem Exsudat fand sich, ausser einer im Verhältnis zur Grösse des Exsudates stehenden Verminderung der Exkursionen auf der afficirten Seite, auch ein respiratorisches Zurückbleiben der gesunden Thoraxhälften. Nach Resorption des Exsudates liegen die Verhältnisse verschieden: entweder kehrt die befallene Seite auch in ihren stethographischen Verhältnissen schneller oder langsamer zur Norm zurück, oder die Bewegungen blieben gehemmt. — Aehnlich waren die Kurven in 3 Fällen von Pneumothorax. Perl.

J. Hoffmann, Contralaterale elektrische Reflexzuckungen in einem Falle linksseitiger (corticaler?) Fasialislähmung. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. IX. S. 266.

Bei einem 22jähr. Mädchen, welches nach einer im 3. Lebensjahre überstandenen Krankheit (wahrscheinlich handelt es sich um eine Meningo-Encephalitis in der motorischen Zone der rechten Gehirnhälfte) eine linksseitige Gesichtslähmung zurückbehalten hatte, fand Verf. bei elektrischer Reizung rechts an der gesunden Gesichtshälfte gelegener motorischer Punkte (z. B. des M. levator lab. super. etc.) bei schwachen Stromstärken keine Reaktion, während dieselbe an der paretischen Seite eintrat. Eine Reizung desselben Punktes an der kranken Seite hatte nur dort im Bereiche des gereizten Punktes Erfolg. Aehnliches (d. h. nur K S Z) ergab sich bei galvanischer Reizung. Die direkte Muskelerregbarkeit war links gegen den faradischen Strom herabgesetzt: bei 2,0—4,0 M.-A. erfolgten blitzartige Zuckungen mit K S Z > A S Z. Stromschleifenwirkungen waren ausgeschlossen; es handelt sich nach Verf. um merkwürdige Reflexvorgänge, welche vorläufig noch nicht in befriedigender Weise erklärt werden können.

Verf. macht auf ähnliche Beobachtungen von M. Weiss aufmerksam. Bernhardt.

G. Fischer, Ueber elektromotorische Allochirie. Festschr. d. Stuttgarter ärztl. Vereins. S. 152.

Bei einem 32jähr. Manne, welcher an einer verbreiteten Rückenmarkserkrankung mit Muskelschwäche, Ataxie, Sensibilitätsstörungen und gesteigerten Sehnenreflexen litt, beobachtete F. bei elektrischer Exploration der unteren Extremitäten Folgendes:

1. Normale elektrische Reaktion aller untersuchten Nerven und Muskeln.

2. Sehr oft erfolgte schon vor dem Auftreten der Zuckungen des gereizten Nerven oder Muskels eine kräftige Zuckung in dem analogen Nerven- und Muskelgebiet der entgegengesetzten Seite.

Digitized by Google

3. Diese allochirische Zuckung ($\alpha\chi$Z) erfolgte in den meisten Fällen zuerst bei AS, während KS noch erfolglos blieb.

Das Phänomen war auf beiden Körperhälften mit jedesmaliger Wechselwirkung zu beobachten. Auch durch KaS wird $\alpha\chi$Z erregt, aber erst bei viel höherer Stromstärke, als durch AS. Bei AO beobachtete F. die Erscheinung nicht. Die $\alpha\chi$Z tritt bei indirekter und direkter Muskelerregung auf. Wenn die Stromstärke so hoch ist, dass normale ASZ neben der $\alpha\chi$Z erfolgt, so tritt die letztere zeitlich etwas später ein, als die normale Reaktion.

Bei sehr starken Strömen (17—25 M.-A.) wurde $\alpha\chi$Z auch bei KO konstatirt. Häufig kommen doppelseitige Zuckungen vor, so z. B. immer bei Reizung des M. vastus externus. Dabei verhalten sich Nerven und Muskeln oft wechselnd in der Weise, dass bei einer Untersuchung nur reine $\alpha\chi$Z eintritt, bei der nächsten sofort Doppelzuckung. Aber auch diese doppelseitigen Zuckungen treten am leichtesten mit AS und lange vor Auftreten der KSZ auf. Die ASZ und der gleichseitige Reflex ist in solchen Fällen nicht zu unterscheiden.

Beim Faradisiren der Nerven und Muskeln mit den diagnostisch üblichen Stromstärken wurde niemals Allochirie beobachtet. Bei faradokutaner Untersuchung (mit der Erb'schen Elektrode) traten normale gleichzeitige Reflexe ein.

Die Allochirie bestand an allen untersuchten Nerven und Muskeln der (erkrankten) Gebiete der Lendenanschwellung. Die gesunden Gebiete der Gehirnnerven und der oberen Extremitäten reagirten normal. Die $\alpha\chi$Z ist blitzartig, wie die elektrische Zuckung, hat nicht den Charakter der Abwehr- oder Flnchtbewegung und beschränkt sich meist auf das der Reizstelle homologe Gebiet. Bei längerer Untersuchungsdauer werden die Befunde unrein.

Beim Ansetzen der feuchten Untersuchungselektrode (10 qcm) auf die Patella wird doppelseitig Zuckung (bei AS = 2 M.-A.), aber Ueberwiegen der $\alpha\chi$Z konstatirt. Auch hier bei KaO (17 M.-A.) $\alpha\chi$Z. Dagegen wurde bei Anwendung stark elektrischer Hautreize durch trockene Metallelektroden keine $\alpha\chi$Z beobachtet. Nach Monaten bestanden noch dieselben Erscheinungen.

Nach F. hat man es bei dieser Erscheinung mit einem sehr absonderlichen Reflex zu thun, sie hängt mit der Erkrankung des Rückenmarks zusammen und, was auch für ihre Auffassung als Reflex spricht, hat eine längere Latenzzeit, als die gleichzeitige Schliessungszuckung.

Die weiteren Bemerkungen Verf.'s s. i. Orig. Bernhardt.

Lochte, Beitrag zur Kenntnis des Vorkommens und der Bedeutung der Spiegelschrift etc. Arch. f. Psych. etc. XXVIII (2).

L. berichtet über eine 33jährige Frau mit frischer rechtsseitiger Hemiplegie, die 14 Tage lang nach derselben diktirte Worte und Zahlen mit der linken Hand in Spiegelschrift schrich. Vom 14. Tage ab fing sie auch wieder an, mit der rechten Hand zu schreiben, und hierauf schrieb sie drei Wochen lang schwankend, bald adductiv, bald abductiv, unabhängig vom

Offenhalten oder Schliessen der Augen. In der dritten Zeitperiode schrieb die Kranke stets Spiegelschrift und übte sich absichtlich darin, nachdem sie Ziffern bereits in der ganzen Krankheitsperiode nur in Spiegelschrift geschrieben hatte. Die Kranke war im Ganzen immer von geringer und geschwächter Intelligenz. — L. untersuchte, um die physiologische resp. pathologische Basis der Spiegelschrift festzustellen, zunächst ca. 2804 Schulkinder hinsichtlich ihrer Schrift und fand zunächst, dass die Zahl der Spiegelschriften in den unteren Klassen erheblich grösser war, als in den oberen, und dass Mädchen ein grösseres Kontingent stellten als Knaben. Beim Schreiben von Ziffern war die Neigung zur Spiegelschrift eine grössere als beim Schreiben von Worten. Ausser gelegentlichen Spielereien, Erkrankungen des rechten Armes oder der rechten Hand spielt die Linkshändigkeit hier angeblich eine grosse Rolle. Von den untersuchten Kindern waren 3,2 pCt. Linkshänder und von 69 linkshändigen Kindern schrieben nur 12 Spiegelschrift; es schrieben demnach keineswegs alle linkshändigen Kinder Spiegelschrift. Von 103 erwachsenen Frauen und 67 Männern im Alter von 20—30 Jahren schrieben 15 Frauen und nur 1 Mann Spiegelschrift. — Um eine Schrift zu prüfen, die erst im späteren Alter erlernt wird, stellte L. zahlreiche Versuche auch mit Stenographen-Handschriften an; unter 114 Stenogrammen (78 weibliche, 36 männliche Personen) wurden 5 Stenogramme in Spiegelschrift geliefert; 8 Personen schrieben zugleich Currentspiegelschrift. Demnach wird bei Erlernung einer neuen Schrift im späteren Alter eine besondere Neigung zu Spiegelschrift nicht beobachtet. Das jugendliche Alter der Schulkinder ist die Ursache, und zwar neigten von mehreren untersuchten Geschwistern oft nur die jüngeren zur Spiegelschrift. In einer grossen Reihe von Fällen dürfte die Neigung zur Spiegelschrift eine sehr physiologische Erscheinung sein. Bei 40 linkshändigen Schriftproben von choreatischen, hysterischen, epileptischen Kindern zwischen 7—15 Jahren hatten nur 3 Mädchen Spiegelschrift; dieselben konnten jedoch auch adduktiv schreiben. Von 52 idiotischen Kindern hingegen schrieben 42,8 pCt. der Knaben und 63,1 pCt. der Mädchen, durchschnittlich also 50 pCt. der Kinder, Spiegelschrift. Die Kinder (ca. 8), welche am meisten zur Spiegelschrift neigten, standen in ihrer geistigen Entwicklung am meisten zurück und waren am wenigsten bildungsfähig, so dass eine hartnäckige Neigung zur Spiegelschrift bei geistig schwachen Kindern die Prognose der Bildungsfähigkeit ungünstig beeinflusst. Unter 60 taubstummen Kindern fand sich nur ein Mädchen, dass mit der linken Hand Spiegelschrift schrieb, aber auch adduktiv zu schreiben vermochte. Bei 127 taubstummen Kindern der städtischen Taubstummenanstalt schrieben 27,3 pCt. Spiegelschrift, und scheint im allgemeinen der Procentsatz bei taubstummen Kindern ein hoher zu sein. Von 43 blinden Kindern (Punktschrift) schrieb nur eines Spiegelschrift. Unter 200 linkshändigen Schriftproben erwachsener Nervenkranker schrieben 60 Personen (30 pCt.) Spiegelschrift. — Im Ganzen kommt L. zu dem Resultate, dass man zwei Arten der Spielgelschrift unterscheiden müsse; ein geringerer Grad derselben ist als physiologische Erscheinung anzusehen und lässt einen Rückschluss auf die Psyche des Schreibenden nicht zu. Der Verdacht einer psychischen Minderwertigkeit ist erst begründet, wenn eine Neigung zur Abduktions-

Digitized by Google

schrift in auffälliger Weise hervortritt, ohne dass besondere fördernde Momente dafür vorliegen. Die zwangsweise Spiegelschrift (höherer Grad) lässt auf psychische Minderwertigkeit schliessen. Derselben kommt in Anbetracht ihrer Seltenheit ein klinisch-diagnostisches Interesse nicht zu, wohl aber ein pädagogisches hinsichtlich der Bildungsfähigkeit der Idioten. Die zwangsweise Spiegelschrift wird nur bei geistig tief stehenden Idioten gefunden; hier besteht ein Unvermögen, die optischen Erinnerungsbilder der Buchstaben mit der linken Hand richtig, also von links nach rechts, aufzuzeichnen; die linke Hand kann gar nicht adduktiv schreiben, noch kopiren, was anderen Spiegelschriftlern leichten Grades gut gelingt.

S. Kalischer.

H. Liepmann, Ueber Albuminurie, Albumosurie und andere körperliche Symptome des Delirium tremens. Arch. f. Psych. etc. 1896. XXVIII. (2.)

L. stellte seine Untersuchungen an 111 Deliranten an. Von diesen befanden sich 72 in vollem Delirium; von diesen 72 hatten 56, also 76 pCt., Eiweiss im Urin. 40 von diesen Albuminurien waren transitorisch und standen demnach wohl im Zusammenhang mit dem Delirium. 16 zeigten konstant während der Beobachtungszeit Eiweiss; 7 von diesen starben; 5 davon zeigten bei der Sektion Nephritis, 2 keinerlei Veränderungen, welche die Albuminurie erklären könnten. Klinisch endete das Delirium meist kritisch mit mehrstündigem Schlaf. Der zuverlässigste körperliche Index für den Stand resp. Grad des Deliriums ist der Puls, der mit zunehmender Bewusstseinstrübung steigt, mit eintretender Klarheit fällt. Die meisten Deliranten waren fieberfrei. In einigen Fällen tritt die Eiweissausscheidung erst auf der Höhe der Excitation ein, und ist daher eine wiederholte Untersuchung erforderlich. Die Albuminurie stieg und fiel in der Regel mit dem Puls und dem Delirium, ganz unabhängig vom Fieber. Sie schwindet mit der Krisis oder überdauert dieselbe einige Tage. Unter 20 im abklingenden Delirium untersuchten Fällen fand sich bei 5 noch Eiweiss. Bei 19 Abortivfällen schieden 2 konstant und 4 transitorisch Eiweiss aus. Grad und Art der Delirien war bei den mit Albuminurie einhergehenden Deliranten nicht andere, wie bei denen mit eiweissfreiem Harn. — Was die Albumosurie anbetrifft (Eiweisskörper, der in der Wärme sich löst, in Kälte wieder ausfällt), so fanden sich diese Albumosen selten bei den Deliranten. Der Niederschlag in der Kälte beim Stehen bei der Salpetersäurekochprobe erweist sich als aus Salzen bestehend. Bei der Kochsalz-Essigsäureprobe wurde ein Albumoseniederschlag unter 102 Fällen 16 mal gefunden; von diesen 16 halten 14 transitorische Albuminurie. Albumosen scheinen gegen Ende des Delirium sich dem Eiweiss, wo es auftritt, zuzugesellen oder es abzulösen; sie spielen eine geringe Rolle beim Delirium.

S. Kalischer.

R. Neurath, Ueber cerebrale Paresen im Gefolge des Keuchhustens. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 23.

N. teilt 5 Fälle von Lähmungen nach Keuchhusten mit. — Die beiden ersten Fälle repräsentiren typische spastische Halbseitenlähmungen mit Be-

Digitized by Google

teiligung des Facialis; einmal setzte die Lähmung unter Konvulsionen ein. Im dritten Falle wurde ein keuchhustenkrankes Kind von Konvulsionen befallen, nach welchen es aphasisch und am ganzen Körper gelähmt war; die Erscheinungen traten allmählich zurück bis auf eine rechtsseitige Facialisparese, ataktische Schwäche der Beine, tremorartige Zuckungen der Extremitäten, und zwar vorwiegend rechts. Im vierten Fall schloss sich an eine Pertussis mit Bronchiectasie und wahrscheinlichem Herzklappenfehler eine sich allmählich entwickelnde Halbseitenlähmung an. Im fünften Falle erkrankte ein normal entwickeltes Kind im Anschluss an Keuchhusten an Konvulsionen, nach deren Aufhören das Kind sich auffällig verändert zeigt, Stuhl und Urin unter sich lässt und völlig idiotisch erscheint; gleichzeitig besteht bei dem bisher intelligent gewesenen $2^1/_4$jährigen Kinde eine spastische Parese der ganzen linken Körperhälfte und zum Theil auch des rechten Beins. — Was die Ursachen der Lähmung in diesen 5 Fällen anbetrifft, so will N. vaskuläre Läsionen wie Hirnhämorrhagie, Venenthrombose und Embolie als Ursache ausschliessen. In dem vierten Falle, in welchem Verdacht auf eine Mitralinsufficienz vorlag, trat die Lähmung ganz allmälig auf, und die Herzerscheinungen gingen völlig zurück, so dass eine Embolie kaum angenommen werden kann. Wie bei anderen postinfektiösen Lähmungen sind neben sicher vorkommenden vaskulären Alterationen (Embolie, Hämorrhagie, Thrombose) jedoch in einer Reihe von Fällen (wie in diesem hier) durch Toxine bedingte postinfektiöse Formen von Encephalitis für die Lähmung verantwortlich zu machen; sie sind vielleicht die häufigste Ursache der erworbenen infektiösen cerebralen Kinderlähmung. Neben einer primären infektiösen Encephalitis (Strümpell) mit einem vielleicht spezifischen Agens, giebt es eine sekundäre komplicirende, im Anschluss an infektiöse Allgemeinerkrankungen vorkommende Encephalitis; ebenso verhält es sich mit der Poliomyelitis und Neuritis. Die postinfektiösen Paresen beruhen meist auf einer durch Toxine bekannter Infektionskrankheiten bedingten Allgemeinerkrankung des gesammten Nervensystems, die, bald im Gehirn, bald im Rückenmark, bald im peripheren Nervensystem prävalirend, einerseits cerebrale, andererseits spinale und endlich neuritische Lähmungen zu erzeugen vermag. S. Kalischer.

Strübing, Ueber Neurosen der Atmung (Spanopnoe und Tachypnoe). Zeitschr. f. klin. Med. 1896, XXX. (1—2.)

S. weist darauf hin, dass rein nervöse, cerebral bedingte Atmungsstörungen klinisch noch wenig studirt sind, obwohl ausser dem Oblongacentrum corticale und auch subcorticale Atmungscentren durch das physiologische Experiment zur Genüge erwiesen sind. In vier mitgeteilten Fällen handelt es sich um eigenartige nervöse Atmungsstörungen und zwar im ersten und zweiten Falle um verlangsamte Atmung (Spanopnoe), wobei die einzelnen Atemzüge mit verstärkter Kraft und Energie unter Thätigkeit der Hülfsmuskeln auftreten. Die Anfälle gehen mit Orthopnoe und Angst einher, die wohl durch das Gefühl der gehemmten Atmung geweckt wird (Hemmungsneurose). Bei der ersten Kranken handelte es sich um eine reflektorische Atemverlangsamung, die stets durch Reizung der Kehlkopf-

schleimhaut mit der Sonde ausgelöst werden konnte und wohl auch ursprünglich von hier aus entstand durch einen vorausgegangenen Larynxkatarrh. Auch durch den Schluckakt wurden die Anfälle hier zuweilen ausgelöst. Es handelte sich eben um eine eigentümliche Neurose des N. laryngeus superior mit excessiver Erregbarkeit der die Atmung hemmenden Fasern. Die Basis der Erkrankung bildet wohl meist die Hysterie und Neurasthenie, die auch gleichzeitig durch andere Symptome zum Ausdruck kommt. Im zweiten Falle wurde eine Verlangsamung der Atmung durch Trigeminusreiz (mechanischer Reiz der Nasenschleimhaut) erzielt. Die Symptome der spontanen Anfälle waren die gleichen wie im ersten Falle (Dyspnoe, Angst). Eine Nasenaffektion hatte in diesem Falle einen neurasthenischen Zustand und auf Basis dieses die Atmungsneurose erzeugt. — Im dritten und vierten Falle handelte es sich um Tachypnoe, d. h. Zunahme der Frequenz der Respirationsbewegungen und Abnahme ihrer Tiefe. Anfallsweise stieg die Frequenz auf 60—100 Atemzüge in der Minute. In einem dieser Fälle schienen die Attaquen reflektorisch durch ein Uterinleiden ausgelöst zu sein. Die Angst ist bei dieser Form der Atmungsneurose meist nicht so gross, wie bei der ersten. — Sehr ausgeprägte Fälle der Atmungsneurosen dürften leicht mit neurasthenischen Angstzuständen verwechselt werden; doch ist bei den ersteren die Atemstörung die erste und am meisten hervortretende Erscheinung. In jedem einzelnen Falle ist des therapeutischen Eingriffs wegen das einzelne Krankheitsbild auf seine physiologische Grundlage zurückzuführen und der Ort resp. die Art der Entstehung der Neurose (peripherische Reizzustände, Hyperästhesie der Centren, erhöhte Reflexerregbarkeit) festzustellen. S. Kalischer.

W. Römisch, Ueber das Verhalten der Epiglottis bei einseitiger Recurrenslähmung. Arch. f. Laryngol. II. (3.)

Der Verf. untersuchte 39 Fälle von Recurrenslähmungen in Bezug auf das Verhalten der Epiglottis und fand in 13 Fällen ein abnormes Verhalten derselben. Die Epiglottis zuckte in 27 pCt. der Fälle beim Phoniren nach der gesunden Seite. Da dies auf der Lähmung des M. aryepiglotticus auf der kranken Seite bei Hyperaktion des Muskels der gesunden Seite beruht, so geht daraus hervor, dass dieser Muskel seine Innervation aus dem Recurrens empfängt. 2 Fälle früherer Beobachter zeigten auch eine Degeneration des betr. Muskels bei intaktem N. laryngeus superior.

Das wechselnde Verhalten der Epiglottis bei einseitiger Recurrensparese erklärt sich aber daraus, dass sie bald vom M. laryngeus superior, bald vom inferior, oft von beiden zugleich und dann in verschiedenem Grade innervirt wird. M. Brasch.

O. Stülp, Zur Lehre von der Lage und der Funktion der einzelnen Zellgruppen des Oculomotoriuskernes. Arch. f. Ophthalm. XLI. (2.)

Der Verf. hat für seine Studien 229 Fälle verwertet und an ihnen ermittelt, welche Kombinationen von Kernerkrankungen die häufigsten wären. Er schliesst aus dem Umstande, dass gewisse Kerne oft gleichzeitig oder kurz nacheinander erkranken, auf deren benachbarte Lage im Mittelhirn.

So gewinnt er einen Plan, in welchem medial die Kerne für die Accommodation, den Sphincter iridis, Rectus internus, Rectus inferior, Trochlearis, lateral für den Lidheber, Rectus superior, obliquus inferior liegen (von vorn nach hinten gerechnet). Den medianen Kern sieht er als Konvergenz-Centrum an. M. Brasch.

A. Elschnig, Ueber die pathologische Anatomie und Pathogenese der sog. Stauungspapille. Graef's Arch. XLI. (2.)

Die sehr umfangreiche Arbeit ist auf ein reichhaltiges anatomisches Material basirt und kommt zu dem Ergebnis, dass bei Hirntumoren die Stauungspapille der Ausdruck einer Papillenentzündung, dass meist der Sehnerv und seine Scheiden mitentzündet sind, oft auch die Netz- und Aderhaut. Wahrscheinlich greift die Entzündung von den gefässführenden Geweben des Sehnerven auf diesen über.

Was von der Stauungspapille bei Tumoren gilt, gilt auch für die intracraniellen Entzündungen jeder Art. M. Brasch.

F. Klemperer, Experimentelle Untersuchungen über Phonationscentren im Gehirn. Arch. f. Laryngol. II. (3.)

Der Verf. suchte der Frage nach der pathologischen Bedeutung des corticalen Kehlkopfcentrums näher zu treten, nachdem er sich überzeugt hatte, dass die Exstirpation der Rindenpartien keine Ausfallserscheinungen hervorrief. Er versuchte deshalb, an dem durch Reizung vorher genau festgestellten Centrum lokale Eiterungen (akute durch Typusbacillen, chronische Entzündungen durch Tuberkelbacillen) zu erzeugen. Die Resultate dieser Experimente fasst der Verf. dahin zusammen, dass beim Hunde das von Krause bezeichnete Centrum für die Phonation in jeder Hemisphäre bestehe und beide Seiten des Kehlkopfes innervire. Exstirpationen und lokale Erkrankungen dieser Stellen aber rufen keine pathologischen Erscheinungen hervor. Man dürfe deshalb jenes Centrum nicht als ein motorisches im gewöhnlichen Sinne auffassen.

Die Existenz des von Onodi kürzlich beschriebenen Phonationscentrums hinter den Vierhügeln konnte Verf. nicht bestätigen — einer seiner Versuche giebt ihm sogar Veranlassung, Onodi's Centrum direkt in Abrede zu stellen. M. Brasch.

E. Welander, Klinische Studien über Nierenaffektionen bei Syphilis. Arch. f. Derm. u. Syph. XXXVII. S. 91 u. 323.

Den Studien des Verf.'s liegen die Beobachtungen an 601 syphilitischen Hospitalkranken und an 828 Privatpatienten zu Grunde. Unter den ersteren hatten 67 Eiweiss im Urin, davon 33 nur in Spuren, die zwar mit Trichloressigsäure, nicht aber mit Salpetersäure nachzuweisen waren, und von den übrigen 34 mit grösserer Albuminmenge waren 17 auszuscheiden, weil bei ihnen die Albuminurie sicher oder mit grösster Wahrscheinlichkeit schon bestanden hatte, ehe sie sich syphilitisch inficirten, oder weil sie offenbar auf andere Ursachen zurückzuführen war. Unter den 828 Privatpatienten wiesen 43 Eiweiss im Urin auf, von denen aber 33 aus den angeführten

Gründen hier nicht in Betracht kommen. Aus einer sorgsamen Analyse derjenigen Fälle nun, in denen sich mit mehr oder weniger grosser Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Nierenaffektion und der Syphilis annehmen liess, zieht Verf. die folgenden Schlüsse: Eine minimale syphilitische Albuminurie kommt beim ersten Ausbruch der Syphilis oder bei sekundären Recidiven wohl vor, aber nur selten; sehr selten tritt unter diesen Umständen eine stärkere, mit Salpetersäure nachweisbare Eiweissausscheidung auf; höchst zweifelhaft ist es, ob es eine wirklich syphilitische parenchymatöse Nephritis giebt. In einem späteren Stadium sieht man bisweilen interstitielle Nephritis unter Verhältnissen auftreten, die einen Causalzusammenhang zwischen ihr und der Syphilis wahrscheinlich machen. In einzelnen Fällen endlich findet man gleichzeitig mit zerfallenden Gummen u. dergl. an anderen Körperstellen eine fieberlos verlaufende Nierenaffektion, bei welcher der schmutzig braune, trübe Harn eine geringere Quantität von Albumen, im Sediment Blut- und Epithelcylinder und eine bedeutende Menge Detritus enthält. Diese Erscheinungen gehen bei spezifischer Therapie in gleicher Weise wie die anderen tertiären Symptome zurück; es ist deshalb die Annahme berechtigt, dass es sich um zerfallende Gummen der Niere handelt. — Die Quecksilbertherapie verursacht oft Cylindrurie, zuweilen auch Albuminurie, deren Intensität von der individuellen Disposition abhängt; ihr Fehlen gestattet durchaus nicht den Schluss auf eine geringere Absorption von Hg. Diese durch die Quecksilberbehandlung veranlasste Cylindrurie und Albuminurie gehen ziemlich rasch vorüber und lassen in der Regel keine Disposition für spätere Nierenerkrankungen zurück. Bei vorhandener Nephritis soll das Quecksilber mit Vorsicht und unter genauer Kontrolle des Zustandes der Nieren gegeben werden. Es wird bei Nephritis in grosser Menge durch die Fäces, oft auch die Nieren, dagegen (im Gegensatz zu den Angaben Mauriac's) stets in minimaler Menge durch den Speichel eliminirt. H. Müller.

K. Herxheimer, Ueber multiple subkutane Gummen im Frühstadium der Syphilis nebst Mittheilungen über den diagnostischen Wert des miliaren Tuberkels. Arch. f. Derm. u. Syph. XXXVII, S. 379.

Etwa 10 Monate nach der Infektion entstanden bei einem 34jährigen, kräftigen, hereditär nicht belasteten Manne, nachdem schon andere, den Charakter einer malignen Syphilis tragende und der Quecksilberbehandlung lange trotzende Erscheinungen vorangegangen waren, an Unterarmen und Oberschenkeln 30—40 erbsen- bis haselnussgrosse rundliche, derbe, schmerzlose, unter der normalen Haut etwas verschiebliche Geschwülstchen. Pat. war blass und fühlte sich sehr matt, doch erschienen die inneren Organe gesund, die Milz war nicht vergrössert, das Verhalten der roten und weissen Blutkörperchen normal. Unter dem Gebrauche von Arsenpillen gingen die subkutanen Tumoren in etwa 8 Wochen beinahe alle zurück, der Rest verschwand unter einer Quecksilberkur, zu der 3 Monate später ein anderes Syphilisrecidiv Veranlassung gab. Ein excidirter frischer Knoten zeigte histologisch eine echte miliare Tuberkelstruktur; Bacillen waren nicht zu finden. — Verf. bespricht nun die Deutung dieser Tumoren, er-

örtert alle etwa in Betracht kommenden Möglichkeiten (Leukämie, Pseudoleukämie, Tuberkulose, lentikuläre Carcinome etc.) und entscheidet sich schliesslich für die klinisch jedenfalls am nächsten liegende Annahme multipler subcutaner Gummen. Er sieht in dem Falle einen neuen Beweis dafür, dass sowohl die „tuberkulösen" Riesenzellen, wie die „Tuberkel"-Struktur bei rein syphilitischen Processen vorkommen können und dass deshalb ihr Vorhandensein allein als entscheidend für Tuberkulose nicht mehr betrachtet werden dürfe. In zweifelhaften Fällen bleibe, da der Bacillennachweis sehr schwierig sein könne, nur die Diagnose ex juvantibus und das Thierexperiment, welch letzteres übrigens im vorliegenden Falle nicht vorgenommen worden zu sein scheint. H. Müller.

Graf, Ein Fall von Xeroderma pigmentosum Kaposi. Arch. f. klin. Chir. LIV. S. 172.

Der Fall betraf einen 17jährigen jungen Mann, bei dem die seltene Krankheit ganz in der gewöhnlichen Weise im ersten Lebensjahre an den dem Sonnenlicht ausgesetzten Körperpartien begonnen hatte und weiterhin den typischen Verlauf zeigte, auch zur Bildung von Carcinomen an den beiden unteren Augenlidern führte.

Bemerkenswert ist, dass von den zahlreichen Geschwistern des Pat. keines mit dem gleichen Leiden behaftet war. H. Müller.

Stephan, Ein Fall von Sclerodactylie. Berl. klin. Wochenschrift 1896, No. 52.

Der Fall betraf eine 30jährige, etwas nervöse Frau, bei der sich die bekannten Erscheinungen der Sclerodactylie seit etwa drei Jahren entwickelt hatten; später gesellten sich dazu auch sclerodermatische Veränderungen an der Glabella, im Gesicht zu beiden Seiten der Nase, an den Ohren, den Knieen, den Zehen und Fussknöcheln.

Verf. teilt die Ansicht von Lewin und Heller, nach der die Sclerodermie in vielen Fällen abhängig ist von einer Läsion des vasomotorischen Centrums in der Medulla oblongata. Hierfür scheinen ihm ausser den von den genannten Autoren schon geltend gemachten Gründen insbesondere auch die Fälle zu sprechen, in denen das Nebeneinanderbestehen von Sclerodermie und Morbus Basedowii konstatirt wurde (es finden sich 7 derartige Beobachtungen in der Litteratur), ebenso die wiederholt gesehene Kombination von Hemiatrophia facialis mit Sclerodermie einerseits (13 Fälle), mit der Basedow'schen Krankheit andererseits. Auch hat Gutteling einen Fall beschrieben, in dem doppelseitige Gesichtsatrophie neben typischer Basedow'scher Krankheit und prägnanter Sclerodermie der unteren Extremitäten bestand.

Endlich betont Verfasser, dass auch die, ebenfalls zu der Gruppe der Angioneurosen zu rechnende Raynand'sche Krankheit gewisse Aehnlichkeiten mit der Sclerodermie aufweist. H. Müller.

Digitized by Google

J. W. Taylor, On the opening of the abdomen from the vagina and vaginalfixation of the uterus. Brit. med. journ. 1896, jan. 11.

Verf. redet der vaginalen Cöliotomie und Vaginofixur des Uterus bestimmt das Wort. Er beschreibt zunächst die ursprüngliche Methode von Doyen, dann die Dührssen'sche. Er wendet meist die letztere an, benutzt jedoch zur Haemostase lieber die Ligatur, als die Doyen'schen Klemmen. Zum Vorziehen des Uterus bedient er sich sowohl der Zangen, als auch der Dührssen'schen provisorischen Suturen; letzteren giebt er zum Fassen des Fundus vor den Zangen den Vorzug. Die Operation ist indicirt zur Exstirpatio uteri, Entfernung nicht zu grosser Myome, kleiner Ovarialtumoren und Lageverbesserung des Uterus.

In 6 Fällen von Vaginofixur, wegen Retroflexio, die auf andere Art sich nicht beheben liessen, hatte er guten Erfolg; das Curettement schickt er stets voraus, in 2 Fällen schloss er eine Perinexuris an.

Verf. hebt zum Schluss die Vorteile der Methode für die Patientinnen hervor: keine sichtbare Narbe, schnellere Rekonvalescenz, keine Gefahr einer Hernie, keine besonderen Massregeln für die Zukunft. A. Martin.

E. Montgomery, The result of vaginal hysterectomy; prolapsus uteri. Med. News 1896, March 28.

Die oft sehr festen Verwachsungen des Fundus uteri mit der vorderen Bauchwand nach Ventrofixation, welche M. namentlich sehr störend erschienen bei einer Totalexstirpation eines ventrofixirten Uterus per vaginam — der Fall war mittelst Klammern operirt worden und nach 8 Tagen an Peritonitis zu Grunde gegangen — und die in der letzten Zeit zu häufigen Geburtsstörungen Veranlassung gegeben haben, haben Verf. veranlasst, den Uterus bei der Ventrofixation nicht mehr mit versenkten Nähten an die Bauchwand zu fixiren, sondern mit zwei Suturen den Fundus uteri innerhalb der Bauchwunde nach Zurückschieben des Peritoneums zu befestigen. Da er diese Suturen nur 10 Tage liegen lässt, glaubt M. eine weniger feste Verbindung des Uterus mit der vorderen Bauchwand zu erzielen.

Bei einer 63jährigen Frau mit starkem Prolaps wandte Verfasser die Freund'sche Operationsmethode an; hierbei bespricht er eingehend Aetiologie und Therapie des Prolapsus uteri. A. Martin.

M. Broca, Le prolapsus de l'urèthre chez les petites filles. Annales de gynéc. 1896, Mars.

Der Prolaps der Urethralschleimhaut bei kleinen Mädchen ist ziemlich selten, er erzeugt starke Blutungen, Dysurie und starken Schmerz beim Gehen. Bei kleinen Prolapsen genügt ein Aetzen mit 2proc. Arg. nitr.-Lösung zur Heilung, grössere werden wohl anfangs kleiner, um später wieder zu wachsen, diese müssen dann excidirt werden, was unschwer zu machen ist. Die Prognose ist stets günstig. A. Martin.

Digitized by Google

L. Thumin, Casuistischer Beitrag zur Komplikation der Schwangerschaft bei Myomen. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 41.

Verf. bringt ausführlich die Krankengeschichte eines Falles aus der Klinik von Prof. LANDAU in Berlin. Wegen plötzlich aufgetretener schwerer peritonitischer Erscheinungen wurde im vierten Monat der ersten Gravidität durch Cöliotomie ein über faustgrosses, subperitoneales Myom der Vorderwand des Uterus entfernt, wobei sich im Gegensatz zu den peritonitischen Erscheinungen das Peritoneum ganz normal erwies. Die Gravidität wurde nicht gestört. Der Verlauf der Heilung und der späteren Geburt war ein guter.

Ferner führt Verf. noch 11 weitere Fälle aus der Litteratur an.

A. Martin.

N. Swoboda, Zur Aetiologie der Melaena. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 41.

Verfasser berichtet ausführlich über 4 Fälle, welche unter dem Bilde der Melaena neonatorum verliefen und letal endeten. Die Blutung hatte in allen Fällen ihren Sitz in der Nasen- und Mundhöhle; bei zwei Fällen wurde durch bakteriologische Untersuchung die Diagnose Diphtherie bestätigt.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass es nötig wäre, in den Fällen von Melaena bei der Autopsie die Nasenrachenhöhle genau zu untersuchen, und vermutet, dass in einem Teile der Melaena-Fälle, in welchen die Quelle der Blutung nicht gefunden wurde, dieselbe in der Nasenrachenhöhle hätte entdeckt werden können. A. Martin.

E. Ekstein, Aseptisches geburtshülfliches Instrumentarium für praktische Aerzte. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 20.

Das vom Verf. eingeführte Instrumentarium besteht aus zwei Kästen, die aus Aluminium verfertigt sind und einen gemeinsamen Segelleinenüberzug haben.

Der Kasten I enthält zum Teil am Deckel des Kastens, zum Teil an der rückwärtigen Wand in Aluminiumzwingen festgehalten die kleinen geburtshülflichen Instrumente, wie sie zur Desinfektion, Narkose, Katheterisirung, Beckenmessung etc. nötig sind; ausserdem Medikamente. An der vorderen Wand dieses Kastens befindet sich ein besonderes Etui von Aluminium, in welchem Abort- und Nähinstrumente sich befinden.

Der Kasten II ist streng geburtshülflich und enthält, auf Metallstege eingepasst, Geburtszange, Dekapitationshaken, Cranioklast und scheerenförmiges Perforatorium.

Das komplet eingerichtete Instrumentarium wiegt nur $8^1/_4$ kg. Zur Desinfektion werden die Kästen in trockener Hitze sterilisirt.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **29. Mai.** **No. 22.**

Inhalt: Rosemann, Verlauf der Stickstoffausscheidung beim Menschen. — Blum, Ueber Halogenderivate des Eiweiss und ihre Wirkungen. — Schütz, Verhalten der Fettmilch im Magen. — Ransom, Beobachtungen an einem Fall von Gallenfistel. — Rabl, Ueber eine elektive Färbung der Blutplättchen. — Nötzel, Ueber physiologischen Gewebsschwund. — Habart, Kleinkaliber und Kriegsaseptik. — Kelly, Chirurgische Behandlung von Pyelitis und Ureterenfistel. — Franke, Ueber Asepsis und Antisepsis in der Augenchirurgie. — Habermann, Erkrankung des Labyrinths bei Otitis media. — Kayser, Verhältnis der Ozaena zu adenoiden Vegetationen. — Flatow, Bleilähmung der Kehlkopfmuskeln. — Janowski, Zur Aetiologie der Dysenterie. — Du Mesnil, Fränkel, Zur Widal'schen Serumreaktion bei Typhus. — Askanazy, Klinisches über Diuretin. — Robinson, Ueber syphilitische Gelenkerkrankungen bei Kindern. — Durante, Erkrankung der Thymus bei Neugeborenen. — Goldschmidt, Einfluss der Elektricität auf den Magen. — Kisch, Eigentümliche Form von nervösen Herzbeschwerden. — Sick und Sänger, Anheilung des Radialis an den Medianus. — Bard und Duplant, Kompression des Cervicalmarks durch einen Callus. — Stifler, Zur Pathologie der Halsrippen. — Féré, Notwendigkeit habituellen Bromgebrauchs bei Epileptikern. — Busse, Ungewöhnliche Form der Meningitis tuberculosa. — Andry, Bedeutung des Lupus der Schleimhäute. — Unna, Herxheimer, Ueber Paraplaste und Pflasterpapiere. — v. Enoel, Einfluss der Influenza auf den weiblichen Organismus. — Lewers, Fall von vergrössertem Uterus. — Vineberg, Vermeidung von Geburtsstörungen nach Vaginofixur.

R. Rosemann, Ueber den Verlauf der Stickstoffausscheidung beim Menschen. Pflüger's Archiv. Bd. 65. S. 343.

Verf. hat an sich selbst Versuche darüber angestellt, wie die Stickstoffausscheidung sich unter verschiedenen Bedingungen auf die einzelnen Tages-, zum Teil auch Nachtstunden verteilt und wovon die periodischen Schwankungen, die unter den gewöhnlichen Verhältnissen gefunden werden, abhängen. Verf. entleerte von 7 Uhr früh bis 11 Uhr abends zweistündlich den Harn und bestimmte den N-Gehalt jeder Portion; der von 11 Uhr abends bis 7 Uhr früh gebildete Nachtharn wurde, mit einigen Ausnahmen, in Einem untersucht. — Die Lebensweise war während der einzelnen Versuchsreihen und schon einige Tage vor Beginn derselben eine ganz gleichmässige, ohne dass die Nahrung gewöhnlich genau analysirt wurde. Alkoholische Getränke wurden während der Versuche vermieden.

Digitized by Google

Die erste viertägige Versuchsreihe zeigt gewissermassen den Normalablauf: ein erstes Ansteigen zwischen 9 und 11 Uhr früh, ein zweites zwischen 3 nnd 5 Uhr Nachmittags, ein drittes geringeres zwiechen 7 und 9 oder 9 und 11 Uhr abends; dahei wurde das Frühstück um $^1/_2$8 Uhr, das Mittagessen um $^1/_2$2 Uhr, das Abendhrot um $^1/_2$8 Uhr eingenommen. Eine zweite Versuchsreihe galt der Frage, oh das erstgenannte Ansteigen durch die Aufnahme des Frühstücks bedingt sei. An 3 Tagen wnrde das Frühstück fortgelassen, doch tritt trotzdem ein — wenn auch geringeres — Ansteigen ein. Vermied Verf. während der ersten Vormittagsstnnden jegliche Muskelbewegung, so wurde der Anstieg der N-Ausscheidung auf eine spätere Stunde hinausgesehohen. Nachtwachen mit folgendem Schlaf zwischen 9 und 11 Uhr früh führte zn einem stetigen Ansteigen der N-Ausscheidung mit einem Maximum zwischen 9 und 11 Uhr früh. Nahrungsenthaltung von 24 Stunden machte keine deutliche Veränderung der Ausscheidung, solche von 40 Stnnden jedoch ein Ahsinken derselhen, dem ein Wiederansteigen noch während des Hungers folgt. In einem zwölftägigen Stoffwechselversnch mit gauz gleichmässiger, analysirter Nahrung fanden sich dieselben Verhältniss wie in den ohigen Normalversuchen, nur gleichförmiger ausgebildet.

Verf. sucht in ausführlichen theoretischen Erörterungen die eben mitgeteilten Thatsachen dem Verständnis näher zu hringen. Das Ansteigen der N-Ausscheidung in den Mittags- und Abendstunden bezieht er auf den Reiz, den die nach Nahrungsaufnahme mit N-haltigem Material beladenen Gewebsflüssigkeiten auf die Zellen ausühen, den Abfall des Nachts auf eine eintretende Ermüdung der Zellen, die vermehrte Ausscheidung des Morgens, die, wie erwänt, auch ohne Nahrungsaufnahme eintritt, auf die grössere Reizharkeit der ausgeruhten Zellen für die mit der Tagesarbeit einsetzenden Reize.

Die nach dem anfänglichen Ahfall einsetzende Vermehrung der N-Ausscheidung im Hunger würde daranf beruhen, dass, wenn der N-Gehalt der Gewebsflüssigkeiten unter ein gewisses Minimum gesunken ist, die Zellen in ihrer Ernährnng leiden und von ihrem eigenen Material hergeben.

A. Loewy.

F. Blum, Ueher Halogeneiweissderivate und ihr physiologisches Verhalten. Münch. med. Wochensehr. 1896, No. 45.

Verf. hat untersucht, ob durch Einwirkung von Chlor, Brom und Jod auf Eiweiss sich Verhindungen von Eiweissderivaten mit diesen Halogenen gewinnen lassen. Lässt man sie auf feuchtes Eiweiss in der Kälte oder unter gelindem Erwärmen einwirken, so entziehen sie einerseits dem Eiweiss Wasserstoff, hilden Chlor-, Brom-, Jodwasserstoffsäuren, die sich mit dem Eiweiss verbinden, andererseits lagern sie sich direkt dem Eiweissmolekül an.

Die so entstandenen Produkte — hesonders die mit Alhumosen, Pepton und dem vom Verf. dargestellten sogenannten Protogen — prüfte Verf. nun am tierischen hezw. menschlichen Organismus: Jodeiweiss wirkte deutlich auf parenchymatöse Kröpfe, Myxödem; auf Hunde, die thyeoidec-

tomirt waren. Brompepton hatte häufigen Einfluss auf Epileptiker, Chloreiweiss liess auffällige Verbesserungen des Allgemeinbefindens bei Cat. gastricus und Carcinoma ventriculi erkennen. A. Loewy.

E. Schütz, Ueber das Verhalten der Gärtner'schen Fettmilch bei der Magenverdauung. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 48.

Die Gärtner'sche Fettmilch ist infolge ihres geringen Caseïn- und höheren Zucker- und Fettgehalts der Menschenmilch ähnlich und die Möglichkeit naheliegend, dass sie leichter verdaut wird, als die gewöhnliche Kuhmilch. Verf. prüfte, ob Unterschiede im Verweilen im Magen bei Kuh- und Fettmilch bestehen oder beide gleich schnell in den Darm übertreten. Er führte einem Gesunden und 8 Magenkranken 200 oder 500 ccm das eine Mal Fettmilch, in einem zweiten Versuche Kuhmilch in den nüchternen und leeren Magen und exprimirte nach $1^1/_4$ oder 3 Stunden den Mageninhalt, spülte dann nach, bis das Waschwasser klar ablief. In allen Fällen war von der Fettmilch mehr verschwunden, als von der Kuhmilch. Er empfiehlt deshalb ihre Verwendung bei Magenkranken, besonders bei an Ulcus ventriculi Leidenden. A. Loewy.

B. Ransom, Observations on the secretion of bile. Brit. med. journal 1896. p. 897.

Beobachtungen an einem Falle von Gallenfistel mit vollkommenem Abfluss der Galle nach aussen. Im Durchschnitt flossen täglich während zweier Monate 900—1000 g ab, Nachts ungefähr so viel wie am Tage. Als Cholagoga angesehene Mittel, wie Rhabarber, Calomel, salicylsaures Natron, Ochsengalle, hatten auf spezifisches Gewicht und Gallenmenge keinen Einfluss. Geringere Steigerung letzterer (um 60 g) trat ein nach Hämoglobinpillen. — Im Harn war kein Urobilin nachzuweisen, dagegen ein Farbstoff, der in saurer Lösung spektroskopisch dem Hämatoporphyrin ähnlich war; in neutraler Lösung gab er keine Absorptionsstreifen. Es handelte sich jedoch nicht um Hämatoporphyrin. Die Fäces enthielten nach Aufnahme von Hämoglobin Urobilin. A. Loewy.

H. Rabl, Ueber eine elektive Färbung der Blutplättchen in Trockenpräparaten. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 46.

Da die Frage nach der Entstehung der Blutplättchen noch immer nicht endgültig gelöst ist, so muss eine neue Methode dankbar begrüsst werden, die es gestattet, die Blutkörperchen scharf zu färben. Verf. verwendet die von M. Heidenhain zur Darstellung der Centrosomen angegebene Färbung mit Eisenhämatoxylin. Die lufttrockenen Deckglaspräparate werden in $^3/_4$proc., mit Sublimat gesättigter Kochsalzlösung in $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde fixirt, mit Aqu. destill. abgewaschen und in $1^1/_2$proc. Eisenalaunlösung (Heidenhain) oder in mit gleichen Mengen Wasser verdünntem Liqnor ferri sulf. oxydat. (Benda) eine Stunde behandelt. Alsdann Abspülung in Aqn. destill. und $^1/_2$—1stündige Färbung in gesättigter wässe-

riger Hämatoxylin-Lösung. Darauf Differenzirung in verdünnter Lösung des vorher angewandten Eisensalzes. Nach $^1/_4$—1 Minute abermalige Abspülung mit Aqu. dest.; Trocknung und Einbettung. Am gelungenen Präparat sind die roten Blutkörperchen entfärbt, die Blutplättchen dunkelschwarzblau, die Leukocyten desgleichen. Zur Gegenfärbung der roten Blutkörperchen wendet man eine saure Anilinfarbe an, am besten Pikrinsäure oder Aurantia.

Die feinen Stacheln der Blutplättchen bleiben ungefärbt, eine Thatsache, die bei Trennung der einzelnen Plättchen von Bedeutung ist. Zur Zählung der Blutplättchen empfiehlt sich nicht die Mischung des Blutes in einem Mélangeur. Man zählt die roten und weissen Blutkörperchen sowie die Blutplättchen im Trockenpräparat, bestimmt die Zahl der Leukocyten auf dem üblichen Wege und kann so, da die Verhältniszahl derselben zu den Plättchen bekannt ist, die absolute Zahl der Blutplättchen im Cubikmillimeter bestimmen. M. Rothmann.

W. Nötzel, Ueber physiologischen Gewebsschwund. Fortschr. d. Medicin 1896, No. 22.

Bei der Froschlarve wird die Auflösung der Gewebe nicht durch Leukocyten zu stande gebracht; die einzelnen Gewebe zeigen dabei ganz verschiedene Formen des Zerfalls. Verf. bespricht die regressiven Veränderungen an Chorda dorsalis und Rückenmark, an den Nervenfasern und Ganglien, vor allem aber die zum Schwund des Larvenschwanzes führende Rückbildung der Muskeln. Die hierbei auftretenden länglichen Gebilde aus kontraktiler Muskelsubstanz, die Sarkolyten, sind oft in kernhaltigen Protoplasmakörpern eingeschlossen, die Metschnikoff als „muskuläre Phagocyten", d. h. gewuchertes, zu Zellen differenzirtes Sarkoplasma, aufgefasst hat.

Im Gegensatz hierzu kommt nur bei der Metamorphose der Musciden thatsächlich eine Phagocytose zu stande; die Muskeltrümmer werden von den amöboid beweglichen Blutzellen inkorporirt, nachdem der Zerfall der Gewebe, die Histolyse, vorher ohne Mithülfe der Blutzellen durch die auflösende Wirkung der Leibesflüssigkeit zu stande gekommen ist. Auch hier zeigen die einzelnen Gewebe verschiedene Zerfallsformen. Die Muskelfasern zerfallen grösstenteils in Sarkolyten, die aber nicht von Sarkoplasmazellen aufgenommen werden. Ob die Aufnahme in die Blutzellen nur zwecks Weiterbeförderung stattfindet, oder ob auch eine intracelluläre Verdauung Platz greift, ist unentschieden. Verfasser stellt dieser Phagocysote die auf bakteriologischem Gebiet an die Seite.

M. Rothmann.

J. Habart, Kleinkaliber und Kriegsaseptik. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 21. S.-A.

Das eingehende Studium des wichtigen Vortrages im Original dringend empfehlend können wir hier nur die Schlusssätze rekapituliren: Nicht der erste Verband, sondern der erste Transport entscheidet über das Schicksal der Verwundeten. Einfache, fertige, sterilisirte Typen von Verbänden ver-

schiedener Grössen sind allen Arten antiseptischer Verbände vorzuziehen, da bei ihnen 1. die vielfältigen Manipulationen mit den Händen bei Imprägnirung, Trocknen und Verpacken ausgeschlossen sind, 2. die Sterilisirung schnell und leicht vor dem Ausmarsche der Truppen und selbst am Marsche und im Felde erneuert werden kann, und 3. beim Massenandrang von Blessirten an einem Orte nach Verbrauch der etatsmässigen Verbandsvorräte aus Rohstoffen mit Hülfe von siedendem Wasser unter Zusatz von Soda oder Kochsalz frische Verbandsorten hergestellt werden können, während an eine antiseptische Imprägnirung unter diesen Verhältnissen nicht zu denken ist. 4. Hierdurch kann die längst von Vereinen des Roten Kreuzes verlangte Uniformität des Feldverbandes erzielt und die Reglementirung eines einheitlichen internationalen Wundverbandes angebahnt werden. 5. Das Vorhandensein von Kochherden, Kochgeschirren und von Backöfen im Felde setzt uns in den Stand, in Notlagen eines erhöhten Bedarfs an Verbandsmaterial dasselbe mit Hülfe von thermischen Potenzen überall zu improvisiren, wenn der Nachschub verzögert, unterbrochen oder ganz abgeschnitten ist. Ebenso kann verdorbenes und unbrauchbar gewordenes Verbandmaterial durch Sterilisirung wieder brauchbar gemacht werden. 6. Nachdem nunmehr die Feldlazarethe überall in die erste Linie vorgeschoben und die Divisions-Ambulanzen ehethunlichst ablösen werden, so gelangen Blessirte frühzeitig in geordnete Spitalspflege und können hier die etwa notwendig gewordenen antiseptischen Maassnahmen rechtzeitig durchgeführt, d. i. die Aseptik durch Antiseptik ergänzt oder ersetzt werden. 7. Der aseptische Notverband ist prinzipiell an Verbandplätzen und in Ambulanzen durch Aerzte anzulegen, während das niedere Sanitätspersonal den Transport zu besorgen und Handlangerdienste beim Anlegen der Verbände zu verrichten hat. Die Naht der Schusswunden nach LANGENBUCH ist als verderblich zu meiden. 8. Die Kriegsaseptik setzt die thermische Potenz als das wirksamste Mittel bei Behandlung von Schusswunden im Felde obenan, weshalb die Sanitätsanstalten mit den notwendigen Utensilien auszurüsten sind, und zwar die Divisions-Sanitätsanstalten, Sanitäts-Detachements, Ambulanzen mit emaillirten Kochgeschirren, Waschbecken, die Feldlazarethe mit Kochwannen (für Instrumente) und Dampfsterilisatoren, welche im Notfalle für chirurgische Zwecke durch Trockensterilisatoren ersetzt werden können. Dieselbe verzichtet jedoch nicht auf Behelfe der Antiseptik und benützt nebst mechanischer Reinigungsmitteln (Bürste, Seife), Sublimatpastillen, Aether und Alkohol zur Desinfektion der Hände, des Operationsfeldes u. a. Ebenso macht sie Gebrauch von Jodoform, welches sowohl in Pulverform, als auch an sterilen Mull gebunden, eine wertvolle Unterstützung der Aseptik bildet. 9. Es widerspricht dem heutigen Standpunkte der Kriegschirurgie, frische Schusswunden mit bakterieiden Lösungen zu bespülen, mit Fingern oder Sonden zu untersuchen, Fremdkörper und Geschosse aus denselben in der ersten Linie zu extrahiren oder zeitraubende Operationen in den Ambulanzen vorzunehmen, woselbst nur lebensrettende Eingriffe gestattet sind, während die operative Thätigkeit in den Feldspitälern entfaltet werden muss, wo reine Aseptik oder kombinirt mit Antiseptik geübt werden kann. 10. Verletzungen aus dem Bereiche der ersten Zone erheischen eine besondere

Sorgfalt und müssen besonders Schussfrakturen gebührend gewürdigt werden, um durch präventives Débridement drohender Gangrän und Sepsis vorzubeugen, durch rechtzeitige Trepanation die Aseptik der Schädelhöhle zu ermöglichen, und wird es uns zur Pflicht, endlich auch die am Unterleibe Verletzten so weit als thunlich zu retten. Bei der voraussichtlich grossen Anzahl von Toten einerseits und Leichtblessirten im relativen Sinne andererseits wird es ermöglicht, den Schwerblessirten die Vorteile der Aseptik zu Teil werden zu lassen. 11. Die Apparotherapie bei Knochenbrüchen kann in der 1. Linie wegen Mangels der notwendigen Vehikel für Transport nicht Anwendung finden und bleiben nach wie vor Schienen- und Gypsverbände souverän. 12. Die tragbaren Mannschaftszelte, die Verwundetenzelte und die transportablen Baracken bieten für die Unterbringung der Blessirten günstige hygienische Bedingungen. P. Güterbock.

---

1) **H. A. Kelly,** Gonorrhoeal pyelitis and pyo-ureter cared by irrigation. Bull. of the Johns Hopkins Hospital. VI. No. 47.

2) **Derselbe,** Uretero-cystostomie performed seven weeks after vaginal hysterectomy. Ebenda.

1) In einem eine 31jährige Frau betreffenden Falle von Cystitis und linksseitiger Pyonephrose gelang es K., die Harnleitermündungen in der Blase nach seiner Methode sichtbar zu machen und nach vieler Mühe eine Striktur des intravesicalen Teiles des linken Harnleiters zu überwinden. Um den über der Striktur sehr erweiterten Ureter sammt Nierenbecken zu entleeren, benutzte K. einen Heberschlauch, der mit dem Harnleiterkatheter in Verbindung stand und bei Knieellenbogenlage der Pat. ebenso zum Ableiten des eitrigen Urins oberhalb der Striktur, als zum Ausspülen des Pyo-Ureters in der Pyonephrose diente. Nach verschiedenen Vorversuchen gelang die teilweise Ausgleichung der Striktur durch permanente graduelle Erweiterung mittelst besonderer für diesen Fall gearbeiteter Harnleiterkatheter, doch bestand immer noch eine Striktur der Harnleiter, so dass bei Abschluss der überaus mühevollen, vielfachen Unterbrechungen unterworfenen Behandlung Pat. noch nicht völlig geheilt war. (Sehr genial; vielleicht ist jedoch die Nephrectomie vorzuziehen. Ref.)

2) Bei einer Ureterenfistel, welche 7 Wochen nach einer vaginalen Gebärmutterexstirpation (wegen Krebs) zur Behandlung kam, konnte Verf. nach Eröffnung des Bauches das kleine Ende des unteren Stumpfes des rechtsseitigen Harnleiters nicht finden und gelang nur mit vieler Mühe bei der sehr feisten Pat. die Auffindung des vielfach verwachsenen Endes des oberen Stumpfes nach Eröffnung des Bauchfells. Für die Implantation dieses Endes in die weit entfernte Harnblase musste letztere durch Lösung ihrer Befestigung an die horizontalen Schambeinäste gelockert werden. Durch eine 2—4 mm lange transperitoneale Incision konnte der der Länge nach 4 cm weit gespaltene Ureter von der Harnröhre aus gefasst und durch 6 die Muscularis der Blase, sowie die Muscularis und den Bauchfellüberzug des Harnleiters treffende Seidennähte befestigt werden. Heilung unter Peritonealdrainage.

In einem zweiten Fall gelang die vorstehende Operation nicht, da der obere Ureterstumpf aus den leicht blutenden Verwachsungen nicht zu befreien war. P. Güterbock.

E. Franke, Weitere Untersuchungen über Asepsis und Antisepsis in der Augenchirurgie. v. Graefe's Archiv f. Ophthalm. XLIII. (1.) S. 111.

Nach den Untersuchungen von Franke besteht die beste Methode der keimfreien Herrichtung des Bindehautsackes in der Vereinigung der mechanischen Reinigung mit nachfolgender Bespülung mittelst eines antiseptischen Mittels. Für geeignete Fälle genügt vielleicht die einfache Ausspülung mit einem Antisepticum. Bei Anwendung des Sublimats empfiehlt es sich, nicht über stärkere Lösungen als 1 : 5000 resp. 1 : 10,000 hinauszugehen. Aller Wahrscheinlichkeit nach sind wir im stande, im Bindehautsack oberflächlich sitzende Mikroorganismen zum Teil zu töten, zum Teil in ihrer Entwicklung zu hemmen. Eine gleiche Wirkung kommt der 0,6proc. NaCl-Lösung nicht zu. Horstmann.

Habermann, Ueber Erkrankungen des Felsenteils und des Ohrlabyrinths infolge der akuten eitrigen Mittelohrentzündung. Arch. f. Ohrenheilkde. XLII. S. 128.

H. berichtet über 5 Fälle von akuter citriger Mittelohrentzündung, bei welchen die Pars petrosa und das Ohrlabyrinth sich an dem Krankheitsprozess beteiligt hatten. Derartige Fälle sind bisher nur in sehr geringer Zahl zur Beobachtung gekommen, auch pathologisch-anatomische Befunde und speziell histologische Untersuchungen liegen darüber nur sehr spärlich vor. Die Erkrankung der Pars petrosa resp. des Ohrlabyrinths wurde entweder durch die Sektion oder durch die Operation sicher gestellt. Die Krankengeschichten und die anatomischen Befunde sind mit grosser Sorgfalt und sehr ausführlich geschildert, lassen sich aber mit ihren sehr interessanten Einzelheiten in einem kurzen Referate nicht wiedergeben; sie verdienen, eingehend studirt zu werden. Schwabach.

R. Kayser, Ueber das Verhältnis der Ozaena zu den adenoiden Vegetationen. Wien. klin. Rundschau 1897, No. 9.

Dass die Ozaena die Folge von adenoiden Vegetationen sein könne, ist wohl vereinzelt behauptet worden, entbehrt aber der thatsächliche Begründung und ist ebenso unwahrscheinlich, wie die umgekehrte Auffassung. Die Annahme, dass beide vor allem durch Skrophulose und Syphilis bedingt sein können, ist nicht erwiesen.

Dagegen lassen sich für die Möglichkeit, dass beide Krankheiten sich ausschliessen, mannigfache Beobachtungen ins Feld führen. Abgesehen davon, dass bei der Ozaena im Nasenrachenraum eine wirkliche Hypertrophie der Rachenmandel nicht zu finden ist, scheint die Ozaena mit gewissen Konstitutionsanomalien verknüpft zu sein, durch welche die mangelhafte Entwicklung der lymphatischen Halsorgane bedingt wird. Als Ausdruck derselben treten charakteristische Eigentümlichkeiten der Form und des Wachstums der Schädelknochen entgegen, die im scharfen Gegensatz

zu den mit adenoiden Vegetationen behafteten Schädeln stehen. Es ergiebt sich, dass Brachyproskopie bei den Ozaenösen und Dolichoproskopie bei Adenoiden im kindlichen Alter am stärksten hervortreten, während sie im späteren Alter sich den Mittelwerten nähern. Hingegen nimmt die Platyrrhinie bei der Ozaena im vorschreitenden Alter nicht ab, während die Leptorrhinie bei Adenoiden in der ersten Kindheit wenig, im Alter von 10—20 Jahren am stärksten, später wieder weniger ausgesprochen ist.

W. Luhlinski.

Flatow, Bleilähmung der Kehlkopfmuskeln. Deutsche med. Wochenschrift 1897, No. 3.

Bei einem Maler, der schon früher an Stimmbandlähmung gelitten, stellte sich plötzlich Atemnot ein. Es ergab sich ausser einer alten Paralyse sämmtlicher Muskeln des linken Stimmbandes eine Parese des rechten Erweiterers mit leichter ödematöser Schwellung des Aditus laryngis.

W. Luhlinski.

Janowski, Zur Aetiologie der Dysenterie. Centralbl. f. Bakteriol. 1897, No. 3—7.

J. unterzieht in seiner ausführlichen Arbeit die bisher in der Litteratur erschienenen Mitteilungen über die Aetiologie der Dysenterie einer eingehenden Kritik und berichtet gleichzeitig über seine Erfahrungen, welche er während der Dysenterie-Epidemie bei Warschau 1892—1894 gesammelt hat. Man muss zwei Arten der Dysenterie unterscheiden: die tropische, welche in Indien, Aegypten und Nordamerika beobachtet wird und die, welche häufig durch Leberabscesse complicirt ist. Für letztere sind ganz verschiedene Bakterien als Ursache angegeben worden, meist eine Coliart, aber auch andere Bacillen, Vibrionen und Coccen, meist Bakterien, welche stets oder doch häufig auch unter normalen Bedingungen im Darme vorkommen. J. erklärt sich dies so, dass ein spezifischer Erreger der epidemischen Dysenterie gar nicht besteht, sondern unter gewissen, bisher noch nicht näher bekannten Umständen stellt sich bei der einen oder anderen Bakterienart infolge einer Symbiose mit anderen eine hohe Virulenz ein, weswegen Allgemein-Infektionen verschiedener Intensität hervorgerufen werden. Die bisher gefundenen Mikroorganismen dürfen, selbst wenn sie bei der Uebertragung auf Tiere dieselbe Virulenz zeigten, nicht als spezifische Erreger der Dysenterie betrachtet werden, denn keiner von ihnen ist bisher in allen Fällen und in den verschiedenen Phasen der Epidemie in allen Teilen der Erde nachgewiesen worden. Da nun die vielen Forschungen bisher noch nicht zur Entdeckung des Erregers der epidemischen Dysenterie geführt haben, so nimmt eben J. an, dass ein spezifischer Erreger gar nicht existirt, sondern die Dysenterie ist die Folge einer Mischinfektion, bei der bald der eine, bald der andere der im Darm enthaltenen Bakterien toxische Eigenschaften erwirbt. Amöben sind bei der epidemischen Dysenterie nie nachgewiesen worden, auch J. hat sie in den von ihm untersuchten Krankheitsfällen nicht gefunden.

Anders verhält es sich mit der tropischen Dysenterie. Bei dieser sind von KOCH, KARTULIS und anderen Forschern Amöben in den Dejektionen,

in den Geschwüren der Darmschleimhaut und in den Leberabscessen nachgewiesen worden. Es sind auch teils mit den Fäces, teils mit dem Eiter aus den Leberabscessen Tierexperimente angestellt worden, man hat den Tieren per rectum die Stoffe eingeführt und häufig Dysenterie erzeugen können. Allein diese Tierexperimente hält J. nicht für stringent. Es sind mit den Fäces oder mit dem Eiter ausser den Amöben Bakterien eingeführt worden, oder mindestens Toxine, welche die Schädigung der Organe hervorgerufen haben können, während die Amöben sich dann erst angesiedelt haben, so dass sie gar nicht als Erreger anzusehen sind. Selbst da, wo Reinkulturen von Amöben verwandt sind, hält J. die Experimente nicht für rein, weil die Injektion in den Darm wegen des unreinen Untersuchungsterrains ein unreines Experiment ist, welches keinen Schluss darauf gestattet, ob der event. im Darm entstandene Krankheitsprozess ein Ergebnis der Einwirkung der Amöben allein auf den Darm, oder der Zusammenwirkung der Amöben und der Bakterien ist, welche erstere im Darme angetroffen. J. kommt daher zu dem Schluss, dass bis heute noch keine sicheren Beweise dafür vorliegen, dass die Amöben wirklich die Erreger der Dysenterie in bestimmten Ländern sind. Der Beweis wäre nur dadurch zu führen, dass eine absolute Reinkultur der Amöben gelingt und diese dann, im encystirten Zustande verfüttert (die nicht encystirten Formen würden im Magen absterben), Dysenterie hervorrufen.

Demnach wäre die Dysenterie eine ätiologisch nicht einheitliche Krankheit, welche nicht durch die Einwirkung eines einzelnen Parasiten, sondern durch Zusammenwirken mehrerer Varietäten auf den Organismus hervorgebracht wird. Eine ihrer Formen aber, die sich in klinischer und anatomischer Hinsicht von den übrigen unterscheidet, die sogen. Tropendysenterie, würde durch das Zusammenwirken einer bestimmten Amöbenspezies mit Bakterien hervorgerufen. H. Bischoff.

---

1) **Du Mesnil de Rochomont,** Ueber die Gruber-Widal'sche Serumdiagnostik bei Typhus abdominalis. Münch. med. Wochenschrift 1897, No. 5.

2) **E. Fränkel,** Zur Widal'schen Serumreaktion. Ebenda.

1) Beide Verff. sind sich darüber einig, dass die Serodiagnostik bei Typhus abdominalis ein bei weitem sichereres Hülfsmittel für die Diagnose ist, als die bisher herangezogenen Stützpunkte. Was die Technik des Verfahrens betrifft, so haben beide eine Punktion einer Vene in der Ellenbeuge gegen einen einfachen Einstich in die Fingerkuppe und nachfolgendes Auspressen von Blut bevorzugt, weil einmal das Blut auf erstere Weise steril entnommen werden kann, was zur Folge hat, dass die agglutinirende Wirkung unbegrenzt erhalten bleibt, andererseits das Verfahren eine reichere Ausbeute giebt. Die Mischungsverhältnisse schwankten bei M. zwischen 1 : 10 und 1 : über 100. M. will als ausschlaggebend nur die makroskopische Reaktion, vollständige Klärung der Bouillon unter Absetzen der Typhusbacillen in Flocken, angesehen wissen, während die mikroskopische Reaktion, das Zusammenballen der Typhusbacillen im hängenden Tropfen nach Zusatz von Typhusserum zur Bouillonkultur, zu Täuschungen führen

kann. Er erhärtet diese Ansicht dadurch, dass er einen Fall mitteilt, bei welchem intra vitam die mikroskopische Reaktion bei einem Mischungsverhältnis von 1 : 20 positiv ausfiel, während die makroskopische negativ war. In diesem Falle handelte es sich nach dem Obduktionsbefund nicht um Typhus.

(Mit seiner Ansicht, dass die makroskopische Reaktion die zuverlässigere sei, steht jedoch M. ziemlich isolirt, allgemein wird die mikroskopische Reaktion als das empfindlichere Kriterium angesehen. Diese abweichende Ansicht erklärt sich dadurch, dass die Mischungsverhältnisse, welche M. anwandte, das Serum zu concentrirt einwirken lassen, unter welchen Verhältnissen auch das normale Blutserum agglutinirend wirken kann. Wird das Serum nicht concentrirter als 1 : 40 angewandt, so ist die mikroskopische Reaktion die sicherere, gleichzeitig ist man dann sicher, dass es sich wirklich um eine spezifische Wirkung und nicht um eine solche des Blutserums selbst handelt. Ref.)

2) FRÄNKEL zieht die mikroskopische Reaktion der makroskopischen vor. Er hat gefunden, dass die agglutinirende Wirkung des Blutes nach der Höhe der Krankheit allmählich abnimmt, und er konnte das verschiedene Verhalten des Serums eines Patienten, dem er während der Krankheit steril Blut entnommen hatte, demonstriren. Nachdem aus dem Körper alle agglutinirenden Stoffe entfernt waren, so dass frisch entnommenes Blut die Widal'sche Reaktion nicht mehr gab, zeigte das Serum, welches von der Entnahme während der Krankheit stammte, unverändert seine Wirkung.

H. Bischoff.

S. Askanazy, Klinisches über Diuretin. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVI. S. 209.

Verf. bespricht zunächst die bisher erschienene, ziemlich umfangreiche Litteratur über das Diuretin, in der hauptsächlich die Frage erörtert wird, ob die Steigerung der Diurese bei Diuretingebrauch durch eine Beeinflussung des Cirkulationsapparates oder durch direkte Reizung der Nierenepithelien zu stande kommt; die weitaus grössere Anzahl der Autoren neigt der letzteren Anschauung zu. Die eigenen Versuche von A. erstrecken sich auf 13 Fälle von chronischer Nephritis und 25 Fälle von Krankheiten der Cirkulationsorgane (Mitralinsufficienz, Mitralstenose, Aorteninsufficienz, kombinirte Herzfehler, idiopathische Herzdilatation, Arteriosklerose, Aortenaneurysma). Bei der Dosirung ist Vorsicht geboten: in mehreren Fällen trat nach Verabreichung von 5—7 g Collaps ein, der in einem Falle nach Aussetzen des Mittels vorüberging, in 3 Fällen aber zum Tode führte. Es empfiehlt sich daher, nicht mehr als 3—4 g pro die zu geben. Im übrigen waren die Resultate recht gute, so dass Verf. sein Urteil über das Mittel folgendermassen zusammenfasst:

1. Das Diuretin (KNOLL) ist ein wertvolles, nur selten versagendes Diuretieum bei Krankheiten des Herzens und der Gefässe, ein weniger konstant wirkendes bei chronischer Nephritis.

2. Das Diuretin ist ein in hohem Grade empfehlenswertes, ziemlich konstant und rasch wirkendes Mittel gegen Anfälle von Asthma cardiale,

Angina pectoris und Kombinationen beider, sowie gegen chronische cardiale Dyspnoe (bei Aortenfehlern und chronischen Nephritiden).

Eine primäre Wirkung auf das Herz kann ihm nicht abgesprochen werden. K. Kronthal.

B. Robinson, Syphilitic joint disease in children. Brit. med. journ. 1896. S. 1191.

Syphilitische Gelenkerkrankungen sind bei Kindern nicht so selten, als man gewöhnlich annimmt; oft werden sie mit tuberkulösen oder rheumatischen Formen verwechselt. Verf. unterscheidet folgende Arten: 1. Epiphysitis; sie ist die Form, in welcher sich die Syphilis am frühesten an Knochen und Gelenken äussert. Die Epiphysitis ist meist begleitet von Ergüssen in das benachbarte Gelenk, die Synovialmembran erleidet aber keine Veränderung und das Gelenk erweist sich, wenn die Flüssigkeit bei geeigneter Behandlung sich resorbirt, nahezu intakt. Selten tritt Eiterung dabei auf. — 2. Symmetrische Ergüsse kommen fast ausnahmslos in den Kniegelenken vor. Sie bilden sich rapid aus, meist ohne Schmerzen. Diese Form der Gelenkerkrankung entsteht meist bei Kindern im Alter von 8 bis 15 Jahren, zur selben Zeit wie die Keratitis interstitialis. Der Behandlung sind diese Ergüsse sehr zugänglich. — 3. Der tertiären Periode gehören an: die Osteitis a) mit einfachem Erguss, b) mit gummöser Infiltration der Synovialmembran und Erguss. — 4. Sehr selten ist die primäre gummöse Synovitis. Periartikuläre Gummata und die von Virchow beschriebene Chondro-Arthritis hat Verf. bei Kindern nicht angetroffen.

Stadthagen.

Durante, Hémorragies et sclérose du thymus chez les enfants nouveau-nés. Soc. de biol. 1896. S. 282.

Verf. beschreibt 3 Fälle von Erkrankungen der Thymus bei Neugeborenen. Im Fall 1 handelt es sich um ein nach schwerer Geburtsarbeit tot zur Welt gekommenes Kind. Die Thymus wog 21 g (3—8 g normal); sie war durchsetzt von apoplektischen Herden. — Im Fall 2 war die Thymus ebenfalls gross. Eine sehr beträchtliche Blutung hatte das Gewebe der Drüse in grossem Umfange zerstört und dasselbe war teilweise durch Narbengewebe ersetzt. Das Kind war leicht geboren, am 3. Lebenstage plötzlich ohne nachweisbare Ursache verstorben. — Im 3. Fall hatte das Kind 27 Tage gelebt und war dann anscheinend an gastro-intestinalen Störungen zu Grunde gegangen. Bei der Autopsie fand sich bindegewebige Hyperplasie der Thymusdrüse, die jedenfalls schon längere Zeit vor dem Tode begonnen hatte. Stadthagen.

E. Goldschmidt, Ueber den Einfluss der Elektricität auf den gesunden und kranken menschlichen Magen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVI. (3/4.) S. 295.

Aus seinen zahlreichen Versuchen über den Einfluss der Elektricität auf den gesunden und kranken menschlichen Magen zieht Vf. hinsichtlich der Physiologie folgende Schlüsse:

Digitized by Google

Die direkte Faradisation und Galvanisation des menschlichen Magens hat auch bei starken Strömen (Rollenabstand 0,15—20 M.-A.) auf die motorische Thätigkeit des Organs, wenn überhaupt, nur einen unbedeutenden und inkonstanten Einfluss, auf die sekretorische aber gar keinen.

Was die therapeutischen Versuche anbelangt, so ergaben dieselben die folgenden Resultate:

1. Die direkte Elektrisation des Magens ist ein ausgezeichnetes Mittel zur Bekämpfung von nervösen Magenbeschwerden, aber auch bei Magenaffektionen mit organischer Basis leistet sie gute Dienste.

2. Ein deutlicher Unterschied zwischen der Wirkung der Endogalvanisation und derjenigen der Endofaradisation ist nicht vorhanden, doch empfiehlt sich immerhin die Endogalvanisation (An. im Magen) mehr für die schmerzhaften, die Endofaradisation mehr für die funktionellen Störungen des Magens.

3. Bei Anwendung der Endogalvanisation ist Vorsicht in Bezug auf die Stärke des Stromes wegen der caustischen Wirkung der Elektricität geboten.

4. Die Art und Weise der Wirkung der Elektricität bei den Krankheiten des Magens ist noch dunkel. C. Rosenthal.

E. H. Kisch, Ueber eine bei Offizieren beobachtete Form nervöser Herzbeschwerden. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 5.

Verf. hat bei einer Anzahl sonst vollkommen gesunder, kräftiger Offiziere in den besten Mannesjahren, die infolge ihrer höheren Stellung grossen psychischen Anforderungen zu genügen hatten, das plötzliche Auftreten eigentümlicher Herzstörungen beobachtet. Es traten Anfälle von beschleunigter Herzaktion und gleichzeitiger (sphygmographisch nachweisbarer) Verminderung des Gefässtonus auf; diese Zustände gingen mit psychischer Depression und nachhaltig ungünstiger Beeinflussung des Gesammternährungszustandes einher und liessen sich durch zweckmässige therapeutische Massnahmen meistens schon in einigen Monaten vollkommen beseitigen.

Verf. ist der Ansicht, dass es sich in diesen Fällen um eine Form der Neurasthenia cordis vasomotoria handelt, und zwar um eine durch wiederholte psychische Reizung zu stande gebrachte Parese des Hemmungscentrums des Herzens, sowie des vasomotorischen Centrums.

Therapeutisch ist vor allem ein längerer Urlaub der Kranken zu empfehlen, ferner psychische Beeinflussung von Seiten des Arztes; schonende Anwendung verschiedener Bewegungsformen; Mineralwässer, die die Magen- und Darmthätigkeit leicht anregen, neben vorsichtig gesteigertem Gebrauch kohlensäurehaltiger Bäder; häufige Zufuhr kräftiger Nahrung, auch von Alkoholicis. Die üblichen Herzmittel (Digitalis, Strophantus etc.) giebt Verf. nur in sehr kleinen Dosen, und zwar mehrere dieser Medikamente miteinander und mit Eisenpräparaten kombinirt. Perl.

C. Sick und **A. Sänger,** Heilung einer infolge traumatischen Defekts bedingten Lähmung des Radialis durch Vernähung des peripheren Endes dieses Nerven mit dem Medianus. Archiv f. kliu. Chir. Bd. 54. (2.) S. 271.

Bei einem 5jähr. Knaben war bei einer schweren complicirten Oberarmfraktur der N. radialis mit einzelnen Verästelungen aus dem Vorderarm ausgerissen. Es bestand eine vollkommene Radialislähmung. Wegen des zu grossen Defekts konnte das peripherische Ende dieses Nerven mit dem centralen durch direkte Naht nicht vereinigt werden. Man schlug deshalb einen die halbe Dicke des N. medianus umfassenden Lappen, dessen Basis nach oben abgelöst war, zum peripherischen Ende des N. radialis hinüber und nähte ihn mit dessen angefrischtem Ende zusammen (Autoplastie nerveuse à lambeaux). Primäre Heilung.

In den Streckern der Hand und Finger bestand Entartungsreaktion. — Nach Ablauf von 2 Jahren konnten Hand und Finger (mit Ausnahme des Daumens) wieder aktiv gut gestreckt werden. Während vom N. radialis am Oberarm keine Zuckung erzielt wurde, zeigte sich, dass bei Reizung des N. medianus oberhalb des Ellenbogens und oberhalb der Verbindung mit dem Radialis Fingerbeugung eintrat. Bei Reizung an der Abgangsstelle der Medianusbrücke zum Radialis trat Streckung der Finger ein (kurze Zuckung), welche bei längerer und stärkerer Reizung in Beugung überging. Im M. ext. poll. longus bestand EaR. — Die weiteren Bemerkungen der Verff. siehe im Original. Bernhardt.

L. Bard et **F. Duplant,** Compression tardive de la moelle cervicale par un cal hypertrophique de l'axis. Archives générales de médecine 1896, Août.

Der Fall, den die Autoren mitteilen, betrifft eine Kompression des Cervicalmarks durch einen starken Callus, der sich nach einer fast symptomlos verlaufenen Fraktur am Wirbelkörper entwickelte. Ein 27jähr. Mann erkrankte im Juni 1894 mit Kopfschmerzen, Schwäche und Spasmen des linken und dann des rechten Beines, Blasenschwäche, Schmerzen in den unteren Extremitäten, Anästhesie derselben. Es folgten alsdann: Schwäche des linken Arms mit Anästhesie und spastischer Starre, Nackenschmerzen, Steigerung der Patellarreflexe, linksseitiger Fussclonus. Eine antiluetische Kur brachte eine geringe Besserung herbei. Jedoch trat bald eine völlige Paralyse aller 4 Extremitäten wieder stärker hervor; ferner Schwindelanfälle, auch vorübergehende Diplopie und Pupillendifferenz, Respirationsbeschwerden, Dyspnoe und endlich im Februar 1896 der Tod an Asphyxie. Die Sektion erwies eine Kompression des Rückenmarks im oberen Cervicalteil durch einen Knochentumor, der das Rückenmark nach vorn drängte und von den Wirbelkörpern ausging. Die Rückenmarkshäute waren fast unversehrt. Doch bestand in den Wirbelkörpern des 3. und 4. Halswirbels eine Knochenfissur, die den Ausgangspunkt des callösen Tumors bildete. Diese Fissur dürfte auf eine Fraktur resp. Verletzung zurückzuführen sein, die der Kranke im Oktober 1893 bei einem Ueberfall in Gestalt von Schlägen auf das Hinterhaupt erlitten hatte; nachdem er damals

ca. 8 Tage sich unpässlich fühlte, blieb er bis Juni 1894, dem Ausbruch seines jetzigen Leidens, scheinbar gesund. Die Fraktur hatte keine Dislokation oder sonstige Störungen veranlasst, und erst der wuchernde Callus hatte späterhin schwere Kompressionserscheinungen und endlich eine Erweichung des Rückenmarks an der betreffenden Stelle bewirkt.

In der Litteratur waren nur zwei Fälle von hypertrophischer Callusbildung mit stärkerer Kompression des Rückenmarks aufzufinden, während Callusbildungen mit sichtbaren Dislokationen, Deformationen, oder ohne erhebliche Kompressionserscheinungen beschrieben sind. Meist handelt es sich, wie in dem Falle von Lucas-Championnière, der dem beschriebenen am meisten ähnelt, um Symptome complicirter Natur, die nicht lediglich dem Druck des Callus zuzuschreiben sind. — In dem beschriebenen Falle hatte der Callus nach zweijähriger Dauer die Grösse einer Mandarine erreicht und ein sehr langsames Wachstum gezeigt; es handelte sich um einen entzündlichen Prozess und eine in der Verknöcherung begriffene fibro-cartilaginöse Masse. S. Kalischer.

Stifler, Zur Pathologie der Halsrippen. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 23.

S. beobachtete bei einem 23jährigen Mädchen eine doppelseitige Halsrippe, die von dem 6. Halswirbel ausging. Es bestanden Neuralgien im Bereiche des linken Plexus brachialis, welche anfallsweise auftraten und die linke Schulter, Achselgegend, Hinterhauptsgegend einnahmen. Am linken Arm war die Motilität und Sensibilität herabgesetzt und die Blutcirkulation durch Alteration des Lumens der Arteria subclavia gestört (schwächerer Radialpuls). Bei einer forcirten Armhebung entstand eine pulsirende Geschwulst in der linken Fossa supraclavicularis, die durch Luxation der Arteria subclavia aus ihrer Gefässfurche am Tubercul. cost. cervic. entstanden war. Dass die Erscheinungen hier links mehr hervortraten als rechts, ist auf die Linksbändigkeit der Kranken zurückzuführen. Von einer Operation wurde Abstand genommen, weil die Resektion der Halsrippe, wie die Erfahrung lehrt, die Entstehung eines Aneurysma der Art. subclavia nicht verhüten kann. S. Kalischer.

Ch. Féré, De la nécessité de la bromuration continue chez les épileptiques soi-disant guéris. Rev. de méd. 1895, 10 mars.

Der Verf. weist an 3 Beobachtungen, deren Wert in der langen Beobachtungsdauer liegt, graphisch nach, dass man den habituellen Bromgebrauch auch bei denjenigen Fällen nicht unterbrechen dürfe, bei welchen schliesslich jahrelange Pausen in den Manifestationen der Krankheiten eingetreten waren. Die drei mitgeteilten Fälle (eine Epilepsie nach infantiler Hemiplegie, eine Epilepsie seit Kindheit und eine Epilepsie, die später begann) zeigen, dass nach jahrelangem Verschontbleiben der Patienten mit oder auch einige Zeit nach dem Aussetzen des Bromgebrauches neue Anfälle auftraten, gegen welche die Wiedereinnahme des Mittels abermals von Nutzen war. Der Verf. weist zum Schluss noch auf seine therapeutischen

Winke gegen die lästigen Erscheinungen des Bromismus hin (Antisepsie intestinale et cutanée) und warnt vor einer Verwechslung gewisser epileptischer Zustände mit denen des Bromismus. M. Brasch.

O. Busse, Ueber eine ungewöhnliche Form der Menigitis tuberculosa. Virchow's Arch. Bd. 145.

Am Hirn einer Paranoischen, welche an einer fieberhaften Erkrankung mit Kopfschmerzen, Erbrechen, Husten und bacillenhaltigem Auswurf von mehrmonatlicher Dauer zu Grunde gegangen war, fanden sich neben miliaren Knötchenbildungen noch andere Veränderungen der weichen Hirnhaut, welche durch den Nachweis von Tuberkelbacillen sich auch als tuberkulöse dokumentirten. Diese Veränderungen sind am kürzesten als schwielige Schwarten zu bezeichnen; es zeigte sich, dass auch sie aus Granulationsgewebe hervorgegangen waren, welches, statt, wie gewöhnlich, zu verkäsen, sich in fibröses Bindegewebe umwandelte. Die Entwicklung dieser Veränderungen war auch eine für die tuberkulöse Meningitis ungewöhnliche — nämlich sehr schleichend. M. Brasch.

Ch. Andry, Ueber die Bedeutung des Lupus der Schleimhäute. Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIV. No. 4.

Verf. fand bei allen Kranken mit Lupus vulgaris des Gesichts auch auf der Nasenschleimhaut, besonders auf den Muscheln, tuberkulöse, ulcerative oder lupoide Erosionen. Seiner Meinung nach ist überhaupt der primäre Lupus der Haut ein seltenes Vorkommnis; gewöhnlich entwickelt er sich sekundär aus einem tuberkulösen Herde der benachbarten Schleimhaut, oder an den Extremitäten, im Gefolge von übersehenen oder vergessenen ausgeheilten tuberkulösen Erkrankungen der Knochen, der Gelenke und der Synovia. Namentlich die Ansiedelungen des Koch'schen Bacillus in der Nase und den oberen Teilen der Luftwege seien von ganz besonderer praktischer Wichtigkeit. H. Müller.

---

1) **P. G. Unna,** Ueber Paraplaste, eine neue Form medikamentöser Pflaster. Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 43.

2) **K. Herxheimer,** Ueber Pflasterpapiere. Therap. Monatsh. 1896, Oct.

1) Die von Beiersdorf u. Comp. in den Handel gebrachten Paraplaste sollen die Guttaperchapflastermulle da ersetzen, wo es aus kosmetischen Gründen erwünscht ist, hautfarbene Pflaster anzuwenden. Sie bestehen aus einem jede Art Färbung gestattenden, feinfaserigen, dichten Baumwollenstoffe, der mit vulkanisirtem Kautschuk impermeabel gemacht und mit einer die Medikamente aufnehmenden, gut klebenden, reizlosen Pflastermasse aus Kautschuk, Adeps lanae, Colophonium und Dammarharz bestrichen ist. Bis jetzt haben sich namentlich die Chrysarobin-, Quecksilber- und Zinkoxyd-Paraplaste praktisch bewährt.

2) Den von H. angewandten Pflastern dient als Grundlage ein ungeleimtes japanisches Seidenpapier und als Pflastermasse Heftpflaster- oder

(für Salicylpflaster) die Pick'sche Seifenpflastermasse. Diese von Apotheker Dr. Fresenius in Frankfurt a. M. angefertigten Pflaster kleben vortrefflich, schmiegen sich den Falten der Haut eng an, sind an unbedeckten Körperstellen wenig auffallend und halten sich gut. Bezüglich ihrer Reizlosigkeit und des Preises stehen sie den Guttaperchapflastermullen nicht nach. H. Müller.

---

v. Engel, Einfluss der Influenza auf den weiblichen Organismus. Wiener med. Presse 1896, No. 43.

Verf. berichtet über Beobachtungen, welche er während einer Influenza-Epidemie im März 1896 gemacht hat. Nach denselben ist der Verlauf des Leidens bei Frauen ein milderer. Die Menstruation trat öfter verfrüht ein und war, wenn sie in die Krankheit fiel, stärker; akute und chronische Gebärmutterkatarrhe erleiden eine Verschlimmerung. In einem Falle, bei dem durch Kastration Amenorrhoe bestand, trat während der Krankheit eine reichliche Uterusblutung auf. A. Martin.

A. H. N. Lewers, A case of double uterus with submucous fibroid tumour. Lancet 1896, March 21.

L. fand bei einer 38jähr. Frau, welche seit 14 Jahren steril verheiratet war und seit 6 Monaten an Blutungen litt, einen stark vergrösserten Uterus mit 2 Vaginalportionen, einer grösseren rechten und einer kleineren linken; die Länge des Uterus betrug über 11 cm. Das die beiden Cervicalteile des Uterus trennende Septum ging jedoch nicht bis zum Fundus durch, sondern nur etwas höher, wie der innere Muttermund; es bestand eine gemeinsame Uterushöhle, in welcher rechts oben ein wallnussgrosser, submucöser Fibroid sass; letzteres wurde nach hinreichender Dilatation des rechten Cervicalkanals enucleirt; glatte Rekonvalescenz.

S. betont schliesslich die Seltenheit des Vorkommens von doppeltem Uterus und namentlich die Komplikation mit Fibrom. A. Martin.

H. N. Vineberg, Indications for vaginal fixation, with especial reference to the behavior of pregnancy and labor after the operation. Med. News 1896, No. 11.

Geburtsstörungen nach Vaginofixur sind nach Verf.'s Ansicht zu vermeiden, wenn man die richtige Methode gewählt hat. Verf. legt nur zwei Nähte durch den Uterus, die oberste 1—2 cm unterhalb des Abganges der Tuben. Die Operation ist bei allen Verlagerungerungen, dio operativ behandelt werden sollen, indicirt, insbesondere auch bei Prolaps. Sie ist unbestritten die beste Methode bei sehr fetten und besonders mageren Individuen, wo die Ventrifixur auf Schwierigkeiten stösst.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **5. Juni.** **No. 23.**

Inhalt: Farnsteiner, Resorption der Peptone im Dünndarm. — Tenbaum, Kalkausscheidung durch den Harn bei Diabetes. — Hanriot, Fettspaltendes Ferment im Blut. — de Coulon, Ueber die Thyreoidea und Hypophysis der Cretinen. — Grawitz, Leben der Gewebe nach dem Tode. — Küster, Entstehung von Nierenzerreissungen und Wanderniere. — Riese, Temporäre Ligatur grosser Arterien. — v. Samson, Fall von Rhinoplastik. — Goh, Ueber septische Erkrankungen des Auges. — Massei, Der peritracheo-laryngeale Abscess bei Kindern. — Scheurlen u. Spiro, Zur Theorie der Desinfektion. — Bonhoff, Uebertragbarkeit des Rotzes durch Diphtherie-Heilserum. — Noack, Nosophen als Ersatz des Jodoforms. — Gärtner, Höck, Biedert, Keilmann, Popper, Ueber die Ernährung von Säuglingen mit Fettmilch. — Ewart, Ueber die Dämpfungsfigur bei Pericardialergüssen. — Chipault, Resektion einer hinteren Cervicalwurzel bei Neuralgie. — Gudden, Zur Kenntnis der multiplen Alkoholneuritis. — Schiff, Ueber Erkrankungen des Conus medullaris und der Cauda equina. — Ebstein, Fall von Komplikation des Ileotyphus mit nervösen Erkrankungen. — Möller, Ueber Lungenembolien bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten. — Kelly, Ueber einseitige Nieren- und Uretertuberkulose. — v. Rosthorn, Primäres medullares Tubencarcinom.

E. Farnsteiner, Ueber Resorption von Pepton im Dünndarm und deren Beeinflussung durch Medikamente. Zeitschr. f. Biol. XXXIII. S. 475.

Verf. ging in gleicher Weise wie Scanzoni bei seinen (an gleicher Stelle veröffentlichten) Untersuchungen über Zuckerresorption vor, d. h. er benutzte Hunde mit Thiry-Vella'scher Darmfistel. Er liess ihnen Peptonlösungen zu dem einen Ende der Fistel einlaufen und sammelte nach Schluss des 15 oder 30 Minuten dauernden Versuchs den noch nicht resorbirten, also noch in der Darmschlinge befindlichen Rest der eingelaufenen Peptonlösung, in welchem er quantitativ das Pepton bestimmte. Die Differenz gegenüber der Gesammtmenge des eingelaufenen ergab die resorbirte Menge. — Die quantitative Peptonbestimmung in der aus dem Darm erhaltenen Flüssigkeit geschah so, dass zunächst durch Natriumacetat und Eisenchlorid enteiweisst wurde, was notwendig war, um das während der Versuchsdauer durch Darmsekretion producirte Eiweiss zu entfernen. Im Filtrat wurde

die Peptonmenge durch N-Bestimmung nach KJELDAHL festgestellt. Das Pepton war fast rein im Sinne KÜHNE's und wurde als 1proc. Lösung verwendet. Da Versuche mit kontinuirlichem Einlauf unbefriedigende Resultate gaben, wurden 50 ccm zu Beginn des Versuches auf einmal injicirt und 15 Minuten in der Schlinge gelassen.

Verfasser fand:

1. Die Resorption 1proc. wässeriger Peptonlösung betrug in $^1/_4$ Stunde im Mittel 63 pCt.

2. Zusatz von 5proc. Alkohol erhöht sie auf 72—74 pCt., Senföl (ein Tropfen auf 1500—5000 ccm) erhöht sie gleichfalls, und zwar auf 72 bis 73 pCt., ebenso Zimmtöl (ein Tropfen auf 500 ccm).

3. Bitterstoffe (Natr. cetraricum und Quassiin) hatten keine deutliche Wirkung.

4. Dagegen hatte Zusatz von 2proc. Stärkekleister eine stark resorptionshemmende Wirkung. Die Resorption sank auf 21—25 pCt. herab.

Es ergaben sich so, quantitativ allerdings in geringerem Grade, dieselben Resultate, die sich auch bei Resorption vom Magen aus finden.

A. Loewy.

E. Tenbaum, Ueber Kalkausscheidung durch den Harn bei Diabetes. Zeitschrift f. Biol. XXXIII. S. 379.

Den wenigen bisher vorliegenden Untersuchungen über die Kalkausscheidung beim Diabetes fügt Verf. neue, mit Berücksichtigung aller einschlägigen Gesichtspunkte, an 14 Diabetikern ausgeführte hinzu. Es handelt sich um leichte und schwere Erkrankungen, um Kranke verschiedenen Alters und Geschlechts, bei denen neben der Kalkmenge im Harn zugleich quantitativ der Zucker, Stickstoff, NH_3, NaCl, Phosphorsäure, zuweilen auch die Magnesia bestimmt wurde. Die Diät war genau geregelt. Es ergab sich in allen *schweren* Fällen — mit einer Ausnahme — eine mehr oder weniger starke *Erhöhung der Kalkausfuhr*. Die höchste an zwei mit schwerem Diabetes behafteten Kindern, wo sie das 8—15fache des Normalen betrug (28 bezw. 46 mg CaO gegen 3 mg). — Weiter fand sich ein Zusammenhang zwischen der Kalkausscheidung einerseits, der Harnmenge und N-Ausfuhr andererseits, derart, dass mit einer Vermehrung der letzteren auch erstere anstieg. Bei den Erwachsenen betrug in den Fällen von *schwerem* Diabetes die Steigerung das 3—4fache der Norm, in den mittelschweren wurden die Normalwerte nur wenig überschritten, in den *leichten* war die Kalkausscheidung überhaupt nicht gesteigert. In *allen* jedoch war wiederum die ausgeschiedene Kalkmenge abhängig von der Harnmenge und Stickstoffausfuhr. Den gleichen Zusammenhang erwies Verf. ferner in zwei Kontrollversuchen an einem leichten Diabetesfalle und an sich selbst, wo er die Kalkausfuhr steigern konnte durch Steigerung der Stickstoffausfuhr infolge reichlich genossener N-haltiger Nahrungsmittel.

Eine Mehrausscheidung von Kalk kann also aus einem Mehrzerfall von Nahrungseiweiss herrühren. Das wird verständlich, wenn man erwägt, dass die Albuminate nicht chemisch rein, sondern in Verbindung mit Salzen aufgenommen werden. Ob aber die Steigerung der Kalkausfuhr beim Dia-

betes allein auf dieses Moment zurückzuführen ist, ist fraglich. Leider lässt sich über die Bilanz des Kalkstoffwechsels in des Verf.'s Versuchen nichts aussagen, da weder der Kalkgehalt der Nahrung noch des Kotes bestimmt wurde. A. Loewy.

Hanriot, Sur un nouveau ferment du sang. Compt. rend. 1896, No. 19.

Verf. berichtet über die Spaltung von Buttersäureäther durch Blutserum und giebt an, dass auch aus sonstigen Oelen und Fetten (nähere Angaben fehlen) freie Fettsäuren durch Blutserum abgespalten werden. — Die Spaltung geht am besten bei neutraler oder leicht alkalischer Reaktion vor sich, verlangsamt sich deshalb um so mehr, je mehr im Verlaufe der Spaltung freie Fettsäuren entstehen. Serum, auf 90° erhitzt (?), hat keine fettspaltenden Eigenschaften mehr. — Verf. schliesst aus seinen Versuchen — die seiner Angabe nach aseptisch angestellt wurden —, dass im Serum ein besonderes, lösliches, von ihm Lipase genanntes, fettspaltendes Ferment enthalten sei. Es bleibt lange im Serum wirksam und macht sich auch bei Abschluss von Sauerstoff geltend. A. Loewy.

W. de Coulon, Ueber Thyreoidea und Hypophysis der Cretinen, sowie über Thyreoidalreste bei Struma nodosa. Virch. Arch. Bd. 147. S. 53.

Verf. hat im Berner pathologischen Institut die Schilddrüsen von fünf Cretinen und einem Individuum mit cretinistischem Habitus, aber normaler geistiger Entwicklung untersucht. Von den Schilddrüsen sind 3 sehr klein, von abnorm niedrigem Gewicht, ohne nennenswerte Strumaknoten, 3 vergrössert, mit zahlreichen, zum Teil verkalkten Knoten. Das mikroskopische Bild stimmt in allen Fällen nach der Richtung überein, dass in dem nicht strumös entarteten Gewebe atrophische Prozesse vorliegen, welche bis zum völligen Schwund des epithelialen Gewebes führen. Auch die nicht völlig atrophischen Partien funktioniren kaum, wie die Beschaffenheit des Epithels, sowie das Fehlen des Colloids in den Lymphgefässen anzeigen.

Ganz normale Partien fehlen vollständig. Die Drüsenbläschen zeigen nur geringe Dimensionen; in den mit Lumen versehenen Bläschen findet sich ein kubischer Epithelbelag mit feinkörnigem, trübem Protoplasma. An vielen kleineren Bläschen ist das Protoplasma im Zerfall. Von Kernen unterscheidet Verf. runde, bläschenförmige Kerne mit Chromatinkörnern, den normalen entsprechend, ferner aufgeblähte, 2—3mal so grosse, helle, chromatinarme Kerne, dann kleine homogene Kerne und unregelmässige, zackige, „verklumpte" Kerne, die als Degenerationen aufzufassen sind. Bläschen mit nur normalen Kernen finden sich überhaupt nicht. Was den Inhalt der Alveolen betrifft, so sind viele ganz leer. Zwei Formen von Colloid sind zu unterscheiden, ein nach van Gieson braun-gelb gefärbtes, glänzendes, das in kugeligen Gebilden die grösseren Bläschen erfüllt, und ein schwach glänzendes, nach van Gieson gelb gefärbtes, das oft eine körnige Struktur erkennen lässt. Das erstere findet sich in der Mehrzahl der Fälle allein. Das Stroma zeigt nur geringe Veränderungen. Venen und Arterien sind gut gefüllt; an letzteren sind die von Schmidt beschriebenen Knospen nachweisbar. Einzelne grössere Arterien sind durch Verdickung

der Intima obliterirt. Besonders ausgezeichnet sind diese Schilddrüsen durch das Fehlen von colloidhaltigen Lymphgefässen. Nur in einem Fall finden sich die von Hanau beschriebenen Leukocyteninfiltrationen.

Was nun die im höchsten Grade der Atrophie befindlichen Läppchen betrifft, so bestehen diese vorwiegend aus prallgefüllten Gefässen, zwischen denen vereinzelte degenerirte Epithelkerne erkennbar sind. Die Strumaknoten zeigen nirgends das Bild der Colloidstruma. Es finden sich spärliche, kleinste Drüsenbläschen und schmale Zellschläuche mit degenerirten Kernen. Das nur spärlich vorhandene Colloid ist von der stark glänzenden Form. In einzelnen Fällen finden sich im atrophischen Gewebe kleine Cysten mit abgeplattetem Epithelbelag und feinkörnigem Inhalt.

Um festzustellen, ob diese histologischen Veränderungen als spezifisch für den Cretinismus anzusehen sind, hat Verf. die bei Struma nodosa in den Thyreoidalresten auftretende Druckatrophie der Untersuchung unterzogen. Es finden sich hier nun die gleichen Veränderungen, nur in geringerem Grade, sowohl was das Colloid in Bläschen und Lymphgefässen betrifft, als auch in Bezug auf die Kernformen des Drüsenepithels. Zwischen den 5 Cretinen und dem Individuum mit cretinistischem Habitus, aber normaler Psyche besteht der Unterschied, dass in den cretinen Drüsen das stark glänzende, in die Lymphgefässe nicht übergehende Colloid vorwiegt, im letzteren Fall dagegen das schwach glänzende Colloid.

Zum Schluss berichtet Verf. über die Untersuchung der Hypophysen bei den Cretinen. Von einer kompensatorischen Hypertrophie derselben ist keine Rede. Die chromophilen Zellen sind spärlich, die Zellstränge bestehen aus kernreichem Protoplasma, zeichnen sich jedoch durch ihre Schmalheit aus, so dass das Bestehen einer Atrophie nicht unwahrscheinlich ist. M. Rothmann.

Grawitz, Biologische Studie über die Widerstandsfähigkeit lebender tierischer Gewebe. D. med. Wochenschr. 1897, No. 1—3.

Verfasser hat nachgewiesen, dass die Cornea verschiedener Tiere ihre Lebensfähigkeit mehrere Tage nach dem Tode des Individuums zu bewahren im stande ist und dass die von früheren Beobachtern als Leukocyteneinwanderung beschriebenen Erscheinungen an transplantirten, angeblich abgestorbenen Hornhäuten Produkte dieser noch lebensfähigen Hornhäute selbst sind. Diese Unabhängigkeit der Lebensdauer des Gewebes vom Leben der Tiere lässt sich nun auch an anderen tierischen Zellen konstatiren. So haben L. Landois und Du Cornu nachgewiesen, dass aus der Ader gelassenes, auf Eis konservirtes Kaninchenblut noch nach 8 bis 10 Tagen mit Erfolg zur Transfusion verwandt werden kann; die farblosen Blutkörperchen zeigen nach v. Recklinghausen noch 11—21 Tage nach der Bluteutnahme vitale Veränderungen. Niedere Tiere können trotz starker Abkühlung und trotz völliger Eintrocknung wieder belebungsfähig sein. Verf. selbst sah bei exstirpirten, auf Eis aufbewahrten menschlichen Nasenpolypen am Ende des 7. Tages noch lebhafte Flimmerbewegung in 0,6proc. Kochsalzlösung. Auch bei der Transplantation von Haut- und Periostlappen ist die über das Leben des Individuums hinausdauernde Lebensfähigkeit der Gewebe festgestellt worden.

Endlich beweisen die positiven Befunde in den transplantirten getrockneten Hornhäuten, die normalen Anastomosenbildungen und Mitosen, sowie die pathologischen Formen der Hornhautzellen, dass die Hornhäute trotz der Eintrocknung gelebt haben. M. Rothmann.

Küster, Zur Entstehung der subkutanen Nierenzerreissungen und der Wanderniere. Arch. f. klin. Chir. L. S. 676.

I. Subkutane Nierenzerreissungen. Von den bisherigen Erklärungen dieser Verletzungen kann K. keine als zutreffend anerkennen; er findet dieselbe in dem Zusammenwirken 1. von einer plötzlichen stossweisen Adduktionsbewegung der beiden unteren beweglichen Rippen gegen die Wirbelsäule und 2. von einer hydraulischen Pressung der in den Nieren reichlichst enthaltenen Flüssigkeiten. Begründet wird dieses durch die viel ausgiebigere Verletzung, welche das der Leiche entnommene Organ durch Auffallen auf den Erdboden erleidet, wenn man es vorher durch Flüssigkeit von der Arterie und dem Harnleiter etwas gefüllt hat. Während sonst eine Abplattung mit oberflächlicher Zertrümmerung und seichten Einrissen entsteht, findet man nach Anfüllung der Niere eine deutliche, von einem tiefen Graben umrandete Abplattung mit in das Nierenbecken reichenden Einrissen und kleinere, meist radiäre Risse an den verschiedensten Stellen, ohne dass die Risse nach der Annahme von Grawitz der ursprünglichen Einteilung der Niere in Renculi entsprechen. Ferner gelang es K. an einer Leiche zwar kaum, die Rippen gegen die rechte Niere anzudrängen, weil die Leber Widerstand leistete; links konnte man aber nach mässiger Anfüllung der Niere durch einen die unteren Rippen zerbrechenden Hammerschlag neben einer seichten Abschürfung an der Hinterfläche sowohl an der Vorder- wie an der Hinterfläche einen bis in das Nierenbecken reichenden Riss erzeugen. Eine ähnliche Sprengwirkung kommt nach K. auch bei Nierenschüssen vor.

II. Wanderniere. Als unmittelbare Ursache der Wanderniere betrachtet K. ausschliesslich mechanische Kräfte in Form entweder eines akuten oder eines chronischen Trauma, und ist K. bezüglich der letzteren im Anschluss an Cruveillier, Bartels, Heller u. A. Anhänger des Einflusses der Schnürwirkung. Hinsichtlich der akuten Traumen findet K. eine grosse Aehnlichkeit der Veranlassungen der Wandernieren und Nierenzerreissungen. Er selbst hat Fälle gesehen, welche sich an einen Stoss gegen die rechte Lende anschlossen, und citirt hierher gehörige Beobachtungen anderer Autoren. Allerdings wirken die Traumen, je nachdem sie Nierenzerreissung oder Wandernicre veranlassen, auf die beiden Geschlechter in sehr verschiedener Weise. Von 295 subkutanen Nierenverletzungen waren 289 mit Angaben des Geschlechtes, davon kamen auf Männer 238, auf Weiber 10 und auf Kinder bis zum Ende des 11. Jahres 12. Dagegen waren unter 84 eigenen Beobachtungen von Wanderniere 79 bei Weibern und nur 5 bei Männern festgestellt.

Uebrigens glaubt K., dass eine durch Trauma veranlasste Wanderniere ausschliesslich bei Frauen vorkommt. Die Ursachen hierfür beruhen demnach im Wesentlichen auf körperlichen Verschiedenheiten der Geschlechter

und begründet K. die abweichende Wirkung des Muskelzuges beim Manne auf dessen viel kräftigere Bauchmuskulatur. P. Güterbock.

H. Riese, Ueber die temporäre Ligatur der grossen Gefässstämme, mit besonderer Berücksichtigung der Konstriktion der Carotis als Vorakt zur Oberkiefer-Resektion. (Aus der chirurg. Universitätsklinik in Würzburg [Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schönborn].) D. med. Wochenschr. 1896, No. 5.

Nach dem Vorgange von Senger, der die Konstriktion der Carot. ext. dicht am Abgange aus der Carot. comm. vorgenommen, sind in der obengenannten Klinik 4 Fälle von Amputation resp. Exartikulation des Oberschenkels unter temporärer Ligatur der A. il. comm. vorgenommen worden. In den ersten 3 Fällen geschah diese dadurch, dass ein kleiner Gummiklotz von 1 cm Länge und $^1/_2$ cm Höhe unter die Arterie geschoben und letztere gegen denselben durch ein Gummiband angepresst wurde. Der Nachteil hierbei war, dass die Arterie mindestens $2^1/_2$ Centimeter weit aus ihrer Scheide gelöst werden musste. In dem letzten Falle wurde ein Kompressorium benutzt, dessen Enden nach Art der Cooper'schen Unterbindungsnadel schnabelförmig umgebogen sind. Der Erfolg der temporären Ligatur resp. Kompression war ein durchaus befriedigender; die Blutung fehlte zwar nicht ganz, war aber sehr mässig. In 2 ferneren, mit temporärer Kompression der A. carot. comm. ausgeführten Oberkiefer-Resektionen war die arterielle Blutung sehr gering; in der ersten fand aber eine durch Tamponade schwer stillbare Blutung aus der Vena maxillaris statt. Beide Fälle endeten ebenso wie eine Exart. femoris tödlich. Die in diesem wie in einem jener Fälle vorgenommene Untersuchung der temporär undurchgängig gemachten Stelle der Arterie ergab normale Verhältnisse der Wandung, jedoch einen feinen wandständigen Thrombus im letzteren Falle. Verschieden hiervon waren die Versuchsresultate bei zwei Hunden, deren A. iliaca eine Stunde lang mit dem Kompressorium behandelt war, und welche nach 6 Tagen getötet wurden. Es bestand ein festsitzender Thrombus, und die Arterie war in sehr feste Bindegewebsmassen eingeschlossen. Verf. schiebt diese Verhältnisse auf die Vergrösserung des Thrombus durch die nach der Kompression zurückbleibende Cirkulationsstörung infolge der starken entzündlichen Bindegewebswucherung in der Umgebung der Arterie und glaubt, dass diese Verhältnisse nicht auf die temporäre Kompression der Carotis am Menschen übertragbar sind, und empfiehlt dieselbe wegen der bedeutenden durch sie, namentlich bei anämischen Patienten, erzielten Blutersparnis. P. Güterbock.

C. v. Samson, Zur Rhinoplastik. Petersburger med. Wochenschrift 1896, No. 21.

Der Fall betrifft ein 19jähr. Mädchen, welches nach einem im vierten Lebensjahre erhaltenen Hufschlage eine Sattelnase zurückbehalten hatte. Das nach der in 3 Sitzungen (incl. einer Nachsitzung) nach der italienischen Methode ausgeführten Rhinoplastik erhaltene sehr gute Resultat wird dadurch erklärt: 1. dass die Haut dem hierzu geeigneteren Vorderarm und

nicht dem Oberarm entnommen ist, wodurch gleichzeitig infolge der minder unbequemen Lage des Pat. Zerrungen vermieden werden; 2. dass die den Nasenrücken darstellende Falte sofort vernäht wurde; nnd 3. dass keine Verbände angelegt nnd dadnrch jeder Druck vermieden wurde. Wunde nnd Nähte wurden mit Borvaselin bestrichen und lose mit Watte bedeckt.

P. Güterbock.

K. Goh, Beiträge znr Kenntnis der Augenveränderungen bei septischen Allgemeinerkrankungen: sogen. Retinitis septica, gutartige metastatische Entzündung, doppelseitige marantische Thrombose. v. Graefe's Arch. f. Ophthalm. XLIII. (1.) S. 147.

Auf Grund der Untersuchnng von 8 Fällen von septischen Allgemeinleiden und den dabei auftretenden Angenveränderungen trennt G. die bei Sepsis vorkommende Retinitis septica und die metastatische Retinito-Choreoiditis prinzipiell voneinander. Bei der ersten Form sind sowohl klinisch wie anch anatomisch keine akuten Entzündungserscheinungen vorhanden, denn diese einfachen septischen Netzhautblutungen entstehen nicht durch lokale Bakterienansiedelung, sondern sind ein Ausdrnck der allgemeinen Blutzersetzung und wahrscheinlich toxischer Natur, indem dnrch die Blutzersetzung entweder die Capillaren leiden, ihr Endothel erkrankt nnd damit Gelegenheit zur Diapedese geboten wird, oder auch indem sich in den venösen Bahnen marantische Thrombenbildung einstellen kann, sowohl in der Retina, als auch in der Chorioidea. Doch ist eine solche Thrombenbildnng nnr ausnahmsweise die Ursache septischer Netzhauthämorrhagien, da für gewöhnlich Zeichen stärkerer Stauung fehlen. Dagegen lässt sich vermuten, dass solche Thrombose auch die Entstehnng einer metastatischen Entzündung begünstigen kann. Die häufige Doppelseitigkeit der metastatischen Ophthalmie erklärt sich demnach teils aus der Engigkeit der Netzhautcapillaren, teils ans der dnrch die Gerinnung bedingten Disposition. Demgegenüber ist die Ansiedelung von septischen Mikroorganismen im Auge, wenn bis zum Tode genügend lange Zeit bleibt, stets von Entzündnng, meist von ausgesprochener Eiterung, gefolgt. Nur ausnahmsweise wird diese so gering sein, dass ophthalmoskopisch ein der Retinitis septica ähnliches Bild bestehen bleibt; anatomisch ist jedoch auch in solchem Falle die Entzündnng deutlich nachweisbar.

Es ist bisher nicht sicher nachgewiesen, dass auch ohne Ansiedelung der Mikroorganismen, nnr dnrch die cirkulirenden Toxine eine zur Erblindnng oder zum ausgedehnten Zerfall einzelner Teile führende Entzündung oder Degeneration im Ange entstehen könnte. Für ausgesprochen eitrige endogene Prozesse, ganz besonders einseitige, ist dieser Entstehungsmodus völlig abzulehnen.

Differentialdiagnostisch kann der Befund von Blutnngen und weissen Flecken insofern von Bedeutung sein, als er bei unbestimmt fieberhaften Erkranknngen weit eher auf Sepsis als anf Meningitis, Miliartnberkulose, sowie Typhns deutet und auch bei chronischem Verlauf auf die richtige Fährte führen kann.

Horstmann.

F. Massei, Der peritracheolaryngeale Abscess bei Kindern. Archiv für Laryngol. u. Rhinol. V.

Wiederholt bemerkte Verf. bei Intubation oder Tracheotomie den Austritt von Eiter sogleich nach Einführung der Röhre oder nach Eröffnung der Luftröhre. Er glaubt, dass es sich dabei um Abscesse handelt, die unterhalb der Stimmritze ihren Sitz haben, ihren Ausgangspunkt aber von dem umgebenden Gewebe nehmen. Daselbst befindet sich eine schon früher beschriebene, seitwärts von der Luftröhre am N. recurrens verlaufende Drüsenkette, die aus einer oberen, mittleren und unteren Gruppe besteht. Die erstere ist nach M. der Sitz jener Abscesse, so dass es sich also um eine eitrige Drüsenentzündung handelt. Die Lage dieser Drüse, ihre Kleinheit, sowie ihre Nähe zum Kehlkopf und dem N. recurrens erklären die Unmöglichkeit, etwas von aussen über sie festzustellen, die Leichtigkeit, mit der sie Stenosen erregen, die Möglichkeit, auf den Nervus recurrens einzuwirken. Die Symptome dieser Erkrankung gleichen denen des Croup oder vielmehr der akuten Larynxstenose. Die Diagnose mit Hülfe des Spiegels kann gestellt werden, wenn es gelingt, eine „charakterististische Erhöhung in der Regio hypoglottica" zu entdecken, die dem Sitze des Abscesses entspricht; ohne die Wahrnehmung derselben kann ein Zweifel entstehen, ob es sich nicht um eine andere Erkrankung handelt. Therapeutisch ist eine Eiskravatte zu empfehle; bei drohender Erstickung Tracheotomie oder Intubation. W. Lublinski.

Scheurlen und **Spiro,** Die gesetzmässigen Beziehungen zwischen Lösungszustand und Wirkungswert der Desinfektionsmittel. Münch. med. Wochenschrift 1897, No. 4.

Während bisher mit Behring angenommen wurde, dass der antiseptische und desinficirende Wert der Quecksilbersalze im Wesentlichen nur von dem Gehalt an löslichen Quecksilber abhängig sei, haben Verfasser gefunden, dass lediglich der Gehalt an Quecksilber-Ionen bei der desinficirenden Wirkung in Betracht kommt. Während Sublimat in einer Concentration von 1 : 1000 Milzbrandsporen innerhalb weniger Minuten abtötet, vermag Quecksilberhyposulfitkalium, welches bei der Elektrolyse in Kalium und Quecksilberhyposulfit zerfällt, auch in einer Concentration von 2,32 pCt., was nach dem Molekulargewicht einer Sublimatlösung von 1 pCt. entspricht, die Milzbrandsporen nicht in 48 Stunden abzutöten. Analog den Quecksilbersalzen verhalten sich nach den angestellten Versuchen die Eisensalze; vermutlich werden sich alle Metallsalze derartig verhalten. Diejenigen Metallsalze lassen die spezifische antiseptische Wirkung des entsprechenden Metalls erkennen, welche dieses als Kation in den Lösungen enthalten. Und zwar ist nicht nur qualitativ die antiseptische Wirkung an das Vorhandensein der spezifischen Metallionen gebunden, sondern es besteht auch ein quantitatives Verhältnis; die Stärke der Desinfektionswirkung ist eine Funktion der Zahl der Jonen. Das Quecksilbercyankalium beispielsweise ist ein komplexes Salz, es tritt in den Lösungen nur in geringem Maasse eine Dissociation ein, so dass nur wenig Metallionen in der Lösung enthalten sind. Dementsprechend ist die Wirkung des Quecksilbercyankaliums

auf Milzbrandsporen, wenn die Lösungen im Quecksilbergehalt sich auch vollkommen entsprechen, eine viel geringere als die des Sublimats. Scheinbare Ausnahmen von dem Gesetze, dass die Desinfektionskraft analog dem Gehalte der Metallionen ist, bieten die sog. metallorganischen Verbindungen, diese enthalten das Metallion-Quecksilber nicht und besitzen doch eine stark giftige Wirkung. Es wurden von den Verff. das Quecksilberäthylchlorid und das Quecksilberäthylsulfat untersucht. Ersteres ionisirt nach der Formel $HgC_2H_5 \mid Cl$, letzteres nach der Formel $(HgC_2H_5)_2SO_4$. Es stellte sich heraus, dass diese Salze, obwohl sie nicht das Quecksilber als Metallion enthielten, eine sehr starke antiseptische Wirkung besitzen, so dass sie Milzbrandsporen selbst in einer Concentration von 1 : 10,000 momentan abtöten. Dies lässt sich nur so erklären, dass das Radikal HgC_2H_5 eine spezifische Desinfektionskraft besitzt, was nach seiner spezifischen Giftwirkung wohl möglich ist, oder es wird aus demselben im Bakterienkörper Quecksilber frei, wie dies nach der Aufnahme in den menschlichen Körper der Fall ist.

Im Gegensatz zu den Metallsalzen giebt es zahlreiche antiseptisch wirkende Verbindungen, welche nicht elektrolytisch dissociiren. Die Desinfektionskraft dieser Substanzen kann also auch nicht an Jonisation gebunden sein. Dies ist der Fall bei den Substanzen, welche bei der Desinfektion nicht chemisch gebunden werden, dem Alkohol, dem Chloroform, den Phenolen. Das Carbol ist ein Alkohol der aromatischen Reihe, hat aber auch saure Eigenschaften. Diesen Eigenschaften als Säure entspricht auch ein gewisser Grad von Jonisation. Es fragt sich nun: Wirkt das das Phenol bei der Desinfektion als solches oder als Jon? Diese Frage wird durch die Thatsache beantwortet, dass die desinficirende Kraft des Carbols durch Zusatz von Kochsalz erhöht wird. Dies erklärt sich nur daraus, dass, wenn zu der Lösung einer dissociirenden Substanz eine sehr leicht dissociirende Substanz zugefügt wird, die Jonisation der ersten Substanz verringert wird. Das Phenol wirkt also deshalb stärker nach Zusatz von Kochsalz, weil die Zahl der nicht dissociirten Molekule erhöht wird. Umgekehrt ist das Verhalten bei den Quecksilbersalzen. Infolge des Zusatzes von Kochsalz geht auch bei ihnen die Jonisation zurück. Da aber hier die desinficirende Kraft an das Metallion Quecksilber gebunden ist, so wird die antiseptische Wirkung infolge der geringeren Dissociation nach Zusatz von Kochsalz schwächer werden. Und das ist thatsächlich der Fall.

H. Bischoff.

Bonhoff, Versuche über die Möglichkeit der Uebertragung des Rotzcontagiums mittelst Diphtherie-Heilserum. Berl. klin. Wochenschrift 1897, No. 5.

Wenn auch überhaupt der Gehalt des Blutes an den spezifischen Infektionserregern bei rotzkranken Tieren sehr gering ist, so war doch bei der allgemeinen Anwendung des Diphtherie-Heilserums nicht ohne Weiteres die Befürchtung von der Hand zu weisen, dass einmal durch das Blutserum von Pferden, welche an latentem Rotz leiden, Rotzbacillen auf den Menschen übertragen werden. B. stellte fest, dass das Blutserum zweier rotzkranker Pferde auf Meerschweinchen, welche gegen Rotz sehr empfäng-

Digitized by Google

lich sind, subkutan und intraperitoneal übertragen, keine Erkrankung bei den Versuchstieren hervorrief. Gleichwohl will B. damit nicht die Möglichkeit des Vorkommens einer Rotzübertragung, wenn dem Serum keine Desinficientien zugesetzt sind, leugnen. Nun wird aber dem in Deutschland fabricirten Serum behufs Konservirung 0,5 pCt. Carbolsäure oder entsprechend andere Desinficientien hinzugefügt. Brachte B. zu Diphtherie-Heilserum grosse Mengen lebenskräftiger Rotzbacillen, so genügte bereits der geringe Carbolsäuregehalt, die Bacillen in 2—4 Stunden zu verändern, dass dieselben sich auf künstlichen Nährböden nicht mehr vermehrten, wenn auch noch Meerschweinchen mit dem Serum inficirt werden konnten. Nachdem die Rotzbacillen 24 Stunden in 0,5 proc. Carbolserum diphtherieimmuner Pferde gewesen waren, hatten sie die Fähigkeit, Meerschweinchen an Rotz erkranken zu lassen, verloren. Da nun das Diphtherie-Heilserum, bis es in den Handel kommt, mindestens 7 Tage der Wirkung des Carbolzusatzes ausgesetzt ist, so ist die Möglichkeit einer Uebertragung des Rotzes durch das Serum diphtherie-immuner Pferde, wenn dieselben an latentem Rotz leiden sollten, kaum anzunehmen. H. Bischoff.

G. Noack, Nosophen als Ersatzmittel des Jodoforms. Münch. med. Wochenschrift 1895, No. 35.

N. rühmt gegenüber dem Jodoform als Vorzüge des Nosophens dessen gänzliche Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit und chemische Dauerhaftigkeit bei Einwirkung des Lichts und höherer Hitzegrade; ferner seine hervorragende aufsaugende Fähigkeit, die sich noch wesentlich steigern lässt durch Kombination mit anderen pulverförmigen Substanzen, z. B. dem Schleich'schen Serumpulver. Dagegen steht es dem Jodoform ganz entschieden insofern nach, als letzteres weit intensiver die Granulationsbildung des gereinigten Wundbodens anregt; auch scheint dem Nosophen eine spezifische Wirkung, besonders tuberkulösen Prozessen gegenüber, nicht zuzukommen. Einer ausgebreiteten Verwendung des Nosophens steht vorläufig noch der hohe Preis dieses Mittels entgegen. K. Kronthal.

---

1) **G. Gärtner,** Ueber die in dem Ambulatorium des Herrn Dozenten Dr. Frühwald mit der Fettmilch erzielten Ernährungserfolge. Wiener med. Wochenschr. 1895, No. 51.

2) **H. Höck,** Ueber die Anwendung von Dr. Lahmann's vegetabiler Milch. Ebenda. 1896, No. 11.

3) **Biedert,** Ueber das natürliche Rahmgemenge (älteste Fettmilch) und neue Unternehmungen zu seiner Herstellung im Grossen, sowie über einige verwandte Präparate. D. med. Wochenschr. 1896, No. 19.

4) **A. Keilmann,** Beitrag zu den Erfahrungen über die künstliche Ernährung gesunder Säuglinge. Jahrb. f. Kinderheilk. XLI. S. 312.

5) **R. Popper,** Ueber Ernährungsversuche mit Gärtner'scher Fettmilch. Arch. f. Kinderheilk. XIX. S. 223.

1) G. berichtet über Versuche, die Steiner auf der Abteilung von Frühwald mit der Ernährung von Säuglingen mittelst der von G. her-

gestellten Fettmilch angestellt hat. Von 30 Kindern haben 3 die Milch nicht vertragen, ein mit Paedatrophia ex enteritide behaftetes Kind starb nach vierwöchentlicher Ernährung mit Fettmilch, 25 sind gut gediehen. Eine grössere Anzahl Kinder wurde ambulatorisch behandelt. Im Ganzen ergab sich, dass gesunde Kinder bei der Fettmilch fast ausnahmslos gut gediehen, dass akute und leichtere Verdauungsstörungen in der Regel rasch vorübergingen, wenn die Kinder auf Fettmilchdiät gesetzt wurden. Gesunde Kinder vertrugen fast ausnahmslos vom ersten Lebenstage ab die gewöhnliche, unverdünnte Fettmilch; kranken Säuglingen aber, für die der Caseïngehalt von 1,5—1,7 zu hoch ist, kann man die Fettmilch mit Wasser resp. 6proc. Milchzuckerlösung im Verhältnis von 2 Milch zu 1 Wasser verdünnen. Diese Flüssigkeit enthält dann 1 pCt. Caseïn, aber immer noch mehr als 2 pCt. Fett. Wichtig für die Bekömmlichkeit der Milch ist es, den Zeitraum zwischen den einzelnen Mahlzeiten nicht zu kurz zu bemessen ($2^1/_2$—4 Stunden, je nach der Grösse der Einzelportion).

2) Die nach den Angaben von Dr. Lahmann hergestellte „vegetabile Milch" ist aus Mandeln und Nüssen unter Beigabe von Zucker bereitet. Sie enthält u. A. 24,60 pCt. Fett, 41,80 pCt. Rohrzucker, 0,68 pCt. Salze. Die vegetabile Milch hat den Zweck, als Zusatz zu der für die Säuglingsernährung verdünnten Kuhmilch zu dienen, um den infolge der Verdünnung entstandenen Fehlbetrag der Milch an Fett und Zucker wieder auszugleichen. Als Vorzüge der Pflanzenmilch vor anderen Nährpräparaten, insbesondere den Kindermehlen, betrachtet Verf. den grossen Reichtum an Fett, welches sie in fein emulgirtem Zustande enthält, ferner die Anwesenheit von Nährsalzen in der Milch und das Fehlen von stärkemehlhaltigen Stoffen. Mischungen von Kuhmilch und aufgelöster vegetabiler Milch im Verhältnis von 1 : 1 und 1 : 2 geben bei der künstlichen Verdauung ein feinflockiges Gerinnsel, welches in der ganzen Flüssigkeit verteilt ist, nicht zu Boden sinkt. Der Käsestoff ist infolge der feineren Verteilung desselben schneller verdaulich. Die Beschleunigung der Verdauung ist namentlich bei schwachem Säuregehalt der Flüssigkeit zu beobachten — ein Verhalten, das namentlich für die Ernährung von Säuglingen von Wichtigkeit ist. — Von 31 Kindern, die Verf. mit diesem Präparat ernährt hat, sind 6 gestorben, 2 zeigten Gewichtsabnahme, 23 Fälle Gewichtszunahme, die zum Teil sehr beträchtlich war. Die Kinder, die mit der Milch ernährt wurden, waren Patienten der neuen 3. Landes-Findelanstalt, die ohne Auswahl dem Versuche unterzogen wurden. Im Allgemeinen besserte sich das Allgemeinbefinden der Kinder sehr rasch, sie schliefen ruhig, die oft sehr häufigen, stark übelriechenden, diarrhoischen Stühle wurden seltener, von festerer Konsistenz. — Verf. empfiehlt das Präparat insbesondere zum Gebrauch bei den Kindern, welchen man eine gute, fettreiche Milch aus äusseren Gründen nicht verschaffen kann.

3) Zur Herstellung der „Rahmgemenge" bedient sich B. jetzt nach dem Vorgange von Gärtner des Centrifugirungsverfahrens. Durch entsprechende Regulirung der Umdrehungsgeschwindigkeit der Centrifuge und des Zuflusses der Milch gewinnt man zunächst einen Rahm von ca. 12,5 pCt. Fettgehalt bei einer Magermilch von ca. 0,3 pCt. Fettgehalt. Hieraus lässt B. folgende Mischungen bereiten:

	I	II	III	IV	V
	ccm	ccm	ccm	ccm	ccm
Rahm	200	210	220	230	250
Magermilch . . .	100	200	300	350	500
Wasser	700	590	480	420	250
Milchzucker . . .	35	30	24	21	13

	Casein pCt.	Fett pCt.	Zucker pCt.
Mischung I enthält:	1,05	2,5	5
„ II „	1,4	2,6	5
„ III „	1,8	2,8	5
„ IV „	2,0	3	5
„ V „	2,6	3	5

Mischungen II und III würden die regelmässig herzustellenden sein, erstere beim Beginn der Ernährung, letztere nach dem dritten Monat zu verwenden. Mischung I dient auf besonderes Verlangen für schwache Neugeborene und sehr Kranke, IV und V sind für ältere und kräftige Kinder behufs Uebergangs zu reiner Kuhmilch zu liefern. Von V aus bewirkt man diesen Uebergang, indem man nach und nach immer eine Flasche reine Kuhmilch statt der Mischung einschiebt. Sonst kann man wohl auch versuchen, von Mischung III—V direkt zu verdünnter Kuhmilch 1 : 1, bezw. 2 : 1 Wasser überzugehen.

4) Verf. hat in der Breslauer Frauenklinik des Prof. KÜSTNER Untersuchungen über den Wert der Gärtner'schen Fettmilch als Säuglingsnahrung unternommen. Im Ganzen wurden 50 Kinder mit der Fettmilch vom ersten Lebenstage an gefüttert; davon standen 14 Kinder 14 Tage lang, die übrigen längere Zeit, bis zu 6 Monaten in Beobachtung. — Das Ergebnis war, dass die Kinder bei der Fettmilchernährung weit seltener an Dyspepsie erkranken, als bei den üblichen Kuhmilchmischungen. Die Gewichtszunahme war bei allen beobachteten Altersstufen eine weit reichlichere, als bei den Kuhmilchkindern, und blieb nur wenig hinter den Ernährungsresultaten an der Brust zurück. Der in den ersten Lebenstagen zu beobachtende Gewichtsverlust war sogar bei den Brustkindern durchschnittlich etwas grösser als bei den Fettmilchkindern, was nach Vf. sich daraus erklärt, dass die Milchsekretion in der ersten Zeit oft nicht reichlich genug ist, um das Nahrungsbedürfnis des Säuglings voll zu befriedigen. Auch bei frühreif geborenen Kindern waren die Ergebnisse der Fettmilchernährung sehr befriedigende. Die Fäces der mit Fettmilch ernährten Kinder glichen in Farbe, Konsistenz und Menge ganz denen bei Brustkindern; auch zeigten sie stets saure Reaktion, was sich bei der Kuhmilchernährung nicht dauernd zeigte.

5) Verf. berichtet über 25 Kinder, die mit „Gärtner'scher Fettmilch" mehrere Wochen ernährt wurden. Während der Beobachtungsdauer haben 22 geringere als normale Zunahme aufgewiesen, und zwar:

an Gewicht abgenommen	14 Kinder,
gleich geblieben	4 „
zugenommen, aber unter der dem Mittel	4 „

Grössere als normale Zunahme zeigten 3.

Verf. ist der Ansicht, dass die Centrifugirung, welcher die Milch bei dem Verfahren unterzogen wird, die mikroskopisch feine Verteilung des emulgirten Milchfettes störe, es ausbuttere. Thatsächlich waren öfters in der Milch schon makroskopisch abgehobene Fettschichten zu sehen. Diese Veränderung ist für den Säugling nach Verf.'s Meinung nicht vorteilhaft.

Stadthagen.

W. Ewart, Remarks on the dorsal test for pericardial effusion: an addendum. Brit. med. journ. 1897, No. 1882.

Verf. macht (wie schon früher) auf eine bei Pericardialergüssen zu beobachtende Dämpfungsfigur der unteren hinteren Partie des Thorax aufmerksam; dieselbe ist von viereckiger Form und liegt zwischen der 10. und 12. Rippe dicht neben der Wirbelsäule, kann also nicht dem Ergusse oder dem Herzen selbst entsprechen. Er ist der Ansicht, dass diese Dämpfung im Wesentlichen durch die Leber bedingt ist, welche unter dem Einfluss des Gewichtes der pericardialen Flüssigkeit mit dem vorderen Teile ihres linken Lappens leicht herabgedrückt wird, womit sich dann eine geringe Auswärtsverschiebung der komprimirten Lungenbasis und eine Herabdrückung des Magens kombinirt. Verf. fand dieselbe Dämpfung, bald mehr, bald weniger ausgesprochen, auch bei gesunden Kindern in der vier ersten Lebensjahren und erklärt sie hier durch die relative Grösse ihrer Leber und die relative Kleinheit und Kürze ihrer Lungen. Perl.

A. Chipault, Du traitement de certaines névralgies rébelles par la résection intra-durale des racines postérieures. Gaz. des hôpit. 1897, No. 8.

Seit vier Jahren litt ein Kranker an einer rechtsseitigen Armneuralgie; trotz mehrfacher Operationen am N. ulnaris und hoher Morphiumdosen war keine Linderung der Beschwerden eingetreten. Nachdem Verf. aus der Verbreitung der Schmerzen die Diagnose gestellt hatte, dass es sich um eine Affektion der achten hinteren rechten Cervicalwurzel handelte, wurde diese nach Eröffnung des Wirbelkanals aufgesucht und resecirt. Es trat vollkommene Heilung ein, welche auch heute noch, nachdem zwei und ein halbes Jahr seit der Operation verflossen sind, besteht.

Bernhardt.

H. Gudden, Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis der multiplen Alkoholneuritis nebst Bemerkungen über die Regenerationsvorgänge im peripheren Nervensystem. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1896. XXVIII. (3.)

G. beschreicht 5 Fälle von Alkoholaffektionen auf psychischem und neurologischem Gebiete mit genauen makroskopischen wie mikroskopischen Befunden. Was die klinische Seite zunächst anbetrifft, so zeigt es sich, dass die von Korsakow als für multiple Neuritis charakteristisch aufgestellte Form der Geistesstörung, die sog. Psychosis polyneuritica sich auch ohne den Zusammenhang mit multipler Neuritis findet. Ferner ergab sich, dass bei der mit Geistesstörung verbundenen Alkoholneuritis häufig mehr

oder weniger ausgedehnte encephalitische Processe im Bereich des Hirnstammes und insbesondere in der Umgebung des III. Ventrikels vorkommen. Dabei können die Centren der Augenmuskeln von der Affektion verschont bleiben. Ein nicht zu seltener Befund bei der mit Geistesstörung complicirten Alkoholneuritis scheint die Atrophie der Corpora mamillaria zu sein. Die Degenerationsprozesse im peripheren Nervensystem setzen bei der Alkoholneuritis in der Regel in der Peripherie ein. Die segmentäre Form der Neuritis (d. h. die abwechselnden Verbreiterungen und Verschmälerungen der Nervenfasern durch unregelmässigen Zerfall der Markscheiden) ist nicht als ein Verlaufsstadium der Waller'schen Degeneration zu betrachten, sondern sie stellt sich dar als ein Restitutionsvorgang, der allerdings unter Umständen frühzeitig gehemmt und wieder der Zerstörung anheimfallen kann. Bei der Alkoholneuritis wie bei anderen Erkrankungen des Nervensystems fand G. eigenartige, durch häufige Teilung ausgezeichnete, breite, blasse Fasern, deren Myelinsubstanz möglicherweise in chemischer Umwandlung begriffen ist. Es ist noch unentschieden, ob es sich hier um einen physiologischen, pathologischen oder regenerativen Prozess handelt, doch hat letzteres die meiste Wahrscheinlichkeit für sich.

S. Kalischer.

A. Schiff, Ein Fall von Hämatomyelie des Conus medullaris nebst differential-diagnostischen Bemerkungen über Erkrankungen der Cauda equina und des Conus medullaris. Zeitschr. f. klin. Med. 1896. XXX. (1/2.)

Ein 33jähriger Mann zeigte nach einem Sturze vom Dache folgende andauernde Störungen: Blasen- und Mastdarmstörungen, Hypästhesie der unteren Harnwege, des Perineums, der Regio glutaea und eines symmetrischen Streifens an der Hinterseite der Oberschenkel, welcher genau dem Innervationsbezirk des N. cutaneus post. (eines Astes des Plexus ischiadicus) entspricht. Sämmtliche Störungen betreffen demnach Aeste des Plexus pudendalis, coccygeus, und einen Ast des Plexus ischiadicus, kurz Aeste, welche den letzten drei Sacralnervenwurzeln und den Steissnerven angehören. Die andern Aeste des Plex. ischiadicus wie die Zweige des Plex. lumbalis waren sonst verschont; am Scrotum betraf die Anästhesie nur die Hinterseite, nicht die Vorderfläche (N. ileo-inguinalis). Von den Reflexen fehlte der Achillessehnenreflex, während Cremaster-, Patellar- und Plantarreflex erhalten waren. Die letzten 3 Sacralnerven konnten nur in ihren peripheren Verzweigungen, an ihren Wurzeln im Verlauf innerhalb des Centralkanals oder in ihren Centren (unterstes Sacralmark) betroffen sein. Die erste Möglichkeit konnte durch die Beteiligung der Blasen- und Mastdarmfunktionen, durch das Fehlen aller Schmerzempfindungen und das symmetrisch-bilaterale Verhalten ausgeschlossen werden. Schwieriger ist die Trennung einer Wurzelerkrankung im Sacralkanal und einer isolirten Conuserkrankung in der Höhe des zweiten Lendenwirbels. S. nimmt hier das letztere an, und zwar in Gestalt einer Hämatomyelie. In 2 zur Obduktion gekommenen Fällen von Affektionen des Conus (myelitischer Herd [KIRCHHOFF] und Hämatomyelie [OPPENHEIM]) lag ein fast gleiches Krankheitsbild vor, wie in dem beschriebenen Falle. In den Fällen, in denen eine Läsion der Wurzeln (Kompression, Tumor, Wirbelluxation, Meningitis etc.)

vorliegt, sind stets heftige Schmerzen vorhanden, die hier und in den Fällen von Conusaffektion fehlen, wenn nicht gerade die austretenden Wurzeln miterkrankt sind. Auch klinisch kam das beschriebene Krankheitsbild in 3 Fällen (Rosenthal, Bernhardt, Raymond) zur Beobachtung. Wie in dem beschriebenen, lag fast in allen Fällen eine vorübergehende, kurz dauernde Paraplegie im Beginn der meist traumatischen Conusaffektion vor. S. Kalischer.

W. Ebstein, Initiale motorische Lähmung im Oculomotoriusgebiet und andere posttyphöse Komplikationen bei einem Falle von Unterleibstyphus. Virchow's Arch. Bd. 145. S.-A.

Bei einem 20jähr. Studenten trat im Verlaufe eines Typhus abdominalis eine Ptosis und Rectus internus-Lähmung der linken Seite auf, und zwar schon in den ersten Tagen der Erkrankung. Die Ptosis ging nach 14 Tagen zurück, die Lähmung des Internus aber zog sich über die ganze Krankheitsdauer hin, welche durch ein schweres Recidiv eine sehr lange dauernde war. In der Rekonvalescenz trat noch ein mehrtägiger Zustand von Bewusstlosigkeit mit epileptischen Krämpfen auf, nach dessen Abklingen es zu einer Hyperästhesie an den unteren Extremitäten und zu trophischen Störungen daselbst kam. Es trat vollkommene Genesung ein.

M. Brasch.

M. Möller, Ueber Lungenembolien bei Injektion von unlöslichen Quecksilberpräparaten. Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXVII. S. 395.

Unter 3835 bei 315 Pat. in die Glutaealmuskulatur gemachten Injektionen einer Suspension von essigsaurem Thymolquecksilber in Paraffinum liquidum sah Verfasser 43mal bei 28 Kranken Komplikationen seitens der Lunge auftreten. In der Mehrzahl der Fälle stellte sich fast sofort oder wenige Minuten nach der Einspritzung heftiger Hustenreiz ein, der eine halbe bis 2 Stunden oder länger anhielt, bisweilen bildete ein gewisses Angstgefühl mit oder ohne Brustschmerzen die erste Erscheinung, in noch anderen Fällen traten erst nach $^1/_2$—6 Stunden oder selbst erst am folgenden Tage Störungen seitens der Respirationsorgane (Stechen, Atemnot, Husten) oder im Allgemeinbefinden (Kopfschmerzen, Mattigkeit, Uebelkeit, Erbrechen, Durchfälle mit Kolikschmerzen, Ohnmachtsanfälle, einmal Herpes labialis) auf. Oft stellte sich als Initialsymptom ein Schüttelfrost ein, der von Fieber gefolgt war, doch fehlte bisweilen auch beides. Am zweiten Tage bildeten gewöhnlich Brustschmerzen, Oppression und Atemnot die hervorstechendsten Erscheinungen; der Husten, wenn er vorhanden war, förderte am 3. oder 4. Tage häufig einen unbedeutenden blutigen Auswurf zu Tage. Objektiv war sehr oft gar nichts Abnormes nachzuweisen, in anderen Fällen waren auf einem beschränkten Gebiete über dem unteren Teile der einen oder beider Lungen Rasseln, leichtes Reiben und geringe Dämpfung zu konstatiren. Bei leichtem Verlaufe war die ganze Krankheit in wenigen Tagen beendet, bisweilen aber blieben Brustschmerzen bei tiefer Inspiration mehrere Wochen bestehen.

Mit Lesser und Anderen nimmt Verf. an, dass diese Lungensymptome auf embolische Infarcte zurückzuführen sind, die durch die zufällige In-

Digitized by Google

jektion der Quecksilbersuspension in eine Muskelvene veranlasst werden. Diese Anschauung wird durch Tiervorsuche gestützt, welche M. in der Weise anstellte, dass er Kaninchen die Thymolquecksilbersuspension in die Ohrvene einspritzte. Es waren dann bei der Sektion Embolien in den Endzweigen der Lungenarterien nachzuweisen und diese führten zu hämorrhagischen Infarkten mit bedeutenden Reizungserscheinungen und Bildung grösserer oder kleinerer pneumonischer Herde. Dabei erwies es sich, entgegen der Annahme Wastraszewski's, als gleich, ob das Quecksilbersalz in flässigem Paraffin oder in einer Gummilösung suspendirt war; die mikroskopische Untersuchung zeigte auch, dass die eingeheilten Thymolquecksilberpartikelchen selbst (Vf. fand deren, die 0,2 mm Durchmesser hatten) es sind, welche die Capillaren verstopfen. — Ist sonach mit Bestimmtheit anzunehmen, dass die Lungensymptome auf derartige Embolien zurückzuführen sind, so dürften die meisten sonstigen Erscheinungen, wie die Störungen im Digestionstractus, Blässe, Mattigkeit, Albuminurie, als der Ausdruck einer akuten Quecksilberintoxikation infolge der Masse des auf einmal ins Blut gelangten Hg zu deuten sein. — Verf. ist, um den Gefahren seitens der grossen Muskelvenen zu entgehen, wieder zu der subkutanen Injektionsweise zurückgekehrt und hat seitdem die geschilderten Lungenkomplikationen nicht mehr beobachtet. H. Müller.

H. A. Kelly, Nephro-Ureterectomy-Exstirpation of the kidney and ureter simultaneously. Johns Hopkins Hospital Bulletin 1896. Vol. VII. No. 59 bis 60. p. 31 ff. Febr.-March.

Verf. giebt die genaue Krankengeschichte, Operationsverfahren und pathologisch-anatomischen Befund von einseitiger Nieren- und Uretertuberkulose, bei denen er Niere und Ureter in einer Sitzung exstirpirt hat. In allen 3 Fällen verfolgte er ein verschiedenes Verfahren. Einmal operirte er transperitoneal, 2mal extraperitoneal. Die näheren Details sind im Original nachzusehen. Gute Abbildungen erleichtern das Verständnis.

A. Martin.

A. v. Rosthorn, Primäres medullares Carcinoma tubae. Prager Zeitschr. f. Heilk. 1896. XVII. S. 177.

v. Rosthorn beschreibt in dem vorliegenden Falle ein Beispiel der seltenen Tubenerkrankung. Besonderes Interesse gewinnt dioselbe dadurch, dass sie klinisch ganz die Erscheinungen einer Pyosalpinx bot, wie denn auch die Diagnose diesbezüglich gestellt worden war.

Das Tubencarcinom bevorzugt nach R. Frauen, die entweder nur einmal oder überhaupt nicht geboren haben und bei denen der schliesslich carcinomatös degenerirte Eileiter durch chronische Entzündugen in einem langjährigen Reizzustande erhalten wurde. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **12. Juni.** **No. 24.**

Inhalt: Weiske, Einfluss des Hungers auf die Zusammensetzung der Organe. — Huppert, Fall von Albumosurie. — v. Scanzoni, Ueber die Resorption des Traubenzuckers im Dünndarm. — Ribbert, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Herzens. — Babes und Nanu, Fall von Myosarkom des Dünndarms. — Perthes, Ueber Nierenexstirpation. — Rethi, Kehlkopf- und Luftröhrenentzündung bei Arsenikgebrauch. — Rosenberg, Behandlung des Kehlkopfpapillome bei Kindern. — Schumburg, Herstellung keimfreien Triukwassers. — Kühn, Neues Sterilisationsverfahren unter Druck. — Neufeld, Auftreten von Antikörpern im Blut nach Streptococcenkrankheit. — Huchard, Diuretische Wirkung des Theobromins. — Epstein, Anwendung der Gastrodiaphanie beim Säugling. — Koolhaas, Ueber Coma dyspepticum. — Taylor, Eichhorst, Lähmungen bei Herpes zoster. — Rosin, Akute Myelitis und Syphilis. — Kunn, Ueber Augenmuskelstörungen bei multipler Sklerose. — Mairet u. Bosc, Giftigkeit des Urins Epileptischer. — Jacobsohn, Schwere Form von Arteriosklerose im Centralnervensystem. — Leichtenstern, Hauttuberkel bei akuter Miliartuberkulose. — Widowitz, Fall von generalisirter Vaccine. — Kleinhans, Krebs in der Gebärmutter. — Comby, Komplikation der gonorrhoischen Vulvovaginitis. — Pillier, Ueber parenchymatöse Metritis.

H. Weiske, Ueber den Einfluss der Nahrungsentziehung auf das Gewicht und die Zusammensetzung der Organe, insbesondere der Knochen und Zähne. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 485.

Zu den Versuchen dienten 5 Kaninchen von demselben Wurf, von denen No. I bei Beginn des Versuches getötet wurde, No. II nach 7tägigem Hunger, während die übrigen 3 am 10. resp. 11. Hungertage starben. No. V wurde nicht genauer untersucht, da es, wie No. IV, am Ende des Versuchs 41 pCt. seines Körpergewichts verloren hatte. Die anderen Tiere wurden in Fleisch, Skelett, Fell, Magen, Därme, Leber, Lungen, Nieren, Herz und Milz zerlegt, von allen diesen Gruppen das Gewicht frisch und der Gehalt an Trockensubstanz bestimmt. Beim Fleisch und Skelett vermindert sich danach der Gehalt an Trockensubstanz mit der Länge der Nahrungsentziehung, doch ist die Verminderung keine sehr bedeutende; auch bei verschiedenen anderen Geweben resp. Organen zeigt sich Aehnliches, jedoch

kommen auch Ausnahmen vor. Legt man den Gehalt an Trockensubstanz bei Tier I zu Grunde, so ergiebt sich als Abnahme infolge des Hungers z. B. für Tier No. III: Fleisch 39,7 pCt., Skelett 4,1, Fell 23,3, Magen 20,8, Därme 24,7, Leber 56,5, Lunge 68,1, Nieren 26,3, Herz 29,7, Milz 73,9 pCt. Für das Fleisch und Skelett ist noch speziell der Verlust an Fett festgestellt. Derselbe ergab sich zu rund 90 pCt. Im Fleisch wurde Stickstoff, Kalk, Schwefel und Phosphor bestimmt: es ergab sich für die Hungertiere eine geringe Zunahme des Stickstoff- und Schwefelgehaltes, stärkere Zunahme des Kalkgehaltes, Konstantbleiben des Phosphorgehaltes.

Das Skelett eines jeden Versuchstieres war in 3 Teile zerlegt worden: die Zähne, die langen Röhrenknochen und die übrigen Knochen. Von diesen Gruppen wurde nun das Gewicht in wasserfreiem und fettfreiem Zustand bestimmt. Es ergab sich dabei, dass Gruppe I und II ihr Gewicht nicht vermindert hatten, die Abnahme betrifft nur die Gruppe III, eine Beobachtung, die auch sonst schon gemacht ist. Was die procentische Zusammensetzung betrifft, so besteht ein beachtenswerter Unterschied zwischen den Knochen des hungernden und normalen Tieres nicht, dagegen hat bei den Zähnen der Gehalt an organischer Substanz beim Hungern eine Abnahme erfahren, der Gehalt an Mineralsubstanz eine entsprechende Zunahme. Der Hungerzustand wirkt also auf die Knochen nicht so, wie die fortgesetzte Ernährung mit „saurem Futter", bei welchem früher eine erhebliche Abnahme der Mineralsubstanz konstatirt werden konnte.

E. Salkowski.

Huppert, Ueber einen Fall von Albumosurie. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 500.

Byrom-Bramwell und Noel-Patton haben einen Fall beschrieben, in welchem sich aus einem anscheinend ausserordentlich eiweissreichen Harn beim Stehen ein Eiweisskörper krystallinisch, und zwar in langen, schmalen Tafeln ausschied. Derselbe konnte auch dadurch aus dem Harn dargestellt werden, dass man den Harn mit dem gleichen Volumen Ammonsulfatlösung versetzte und den entstandenen Niederschlag in einem Pergamentschlauch der Dialyse gegen fliessendes bezw. öfter gewechseltes destillirtes Wasser unterwarf. Die genannten Autoren haben diesen Eiweisskörper als ein Globulin bezeichnet, welches mit keinem der bekannten Globuline identisch sei.

H. weist nun nach, dass dieser Eiweisskörper nichts anderes ist, als Kühne's Heteroalbumose, welches nach H. chemisch zu den Globulinen gerechnet werden muss. Dafür spricht auch das eigentümliche Verhalten des Harns beim Erhitzen: der Harn gab beim Erwärmen zuerst eine milchige Trübung, dann folgte plötzlich die Abscheidung einer faserigen, fibrinähnlichen, klebenden, dehnbaren und elastischen Masse.

Betreffs der näheren Motivirung der Ansicht, dass dieser Körper Heteroalbumose sei, muss auf das Original verwiesen werden.

E. Salkowski.

F. v. Scanzoni, Ueber die Resorption des Traubenzuckers im Dünndarm und deren Beeinflussung durch Arzneimittel. Zeitschr. f. Biol. XXXIII. S. 462.

Die Versuche wurden an zwei Hunden mit Thiry-Vella'scher Darmfistel angestellt. Die Fistel lag, wie die spätere Sektion ergab, bei beiden Tieren im unteren Teile des Ileums. Die Anordnung der Versuche war ähnlich der von Gumilewski beschriebenen: an dem einen Ende der Darmschlinge, d. h. an der einen Fistelöffnung lief aus einer Mariotte'schen Flasche, d. h. also unter konstantem Druck, die zu resorbirende Flüssigkeit entweder während des ganzen Versuches oder nur zu Anfang desselben unter einem Druck von 40 mm Hg ein; die zweite Oeffnung war während des Versuches mit einem Manometer verbunden und so geschlossen. Es war dafür gesorgt, dass die zu resorbirende Traubenzuckerlösung auf Körpertemperatur erwärmt war. Zur Bestimmung der resorbirten Zuckermenge musste am Schluss des Versuches die noch in der Darmschlinge befindliche Lösung vollständig aus ihm entfernt worden. Das geschah so, dass zunächst das spontan auslaufende gesammelt wurde, ein weiterer Teil durch Luftdurchblasung entfernt wurde, dann 150 ccm NaCl-Lösung durchgespritzt wurden und der Rest dieser Spülflüssigkeit wieder durch Luftdurchblasen herausbefördert wurde.

Benutzt wurden 0,5—1,0procent. Traubenzuckerlösungen, die $7^1/_2$—30 Minuten in der Darmschlinge blieben. Nach $7^1/_2$ Min. waren 23—29 pCt. resorbirt, nach 15 Min. 30—35 pCt., nach 30 Min. 55—60 pCt., bei dem einen Hunde, dessen Fistel 0,4 m lang war. Bei dem zweiten Hunde, dessen Fistel nur 0,27 m lang war, wurden in 30 Minuten nur 31—37 pCt. resorbirt.

Die Resorptionsgrösse wurde nun durch eine Reihe von Arzneimitteln deutlich geändert. Oleum Sinapis 1 Tropfen auf 1000 ccm der einfliessenden Lösung steigerte die Resorption (43 pCt. gegen 31—35 pCt.), 1 Tropfen auf 5000 ccm hatte keinen Einfluss; 1 Tropfen auf 100 ccm reizte stark und verminderte die Resorption (22 pCt. resorbirt). Dasselbe zeigt Oleum Cinnamoni: Steigerung der Resorption bei 1 Tropfen auf 100 ccm Lösung, Verminderung bei 1 gtt : 20 ccm; dasselbe auch Ol. Menthae piperitae. Orexin (0,1 g auf 200—1000 ccm) steigerte die Resorption um 10 pCt. — Am meisten steigerte die Resorption Zusatz von 5proc. Alkohol (Resorption bis zu 78 pCt. des eingelaufenen Zuckers).

Verfasser vergleicht seine Resultate zum Schluss mit dem Einfluss, den analoge Arzneimittel auf die Resorption im Magen haben, wie sie Brandt fand. Qualitativ ist die Wirkung die gleiche, quantitativ ist die Steigerung im Magen weit erheblicher, bis zum Fünffachen. Auch muss die Concentration der Reizmittel, wenn sie steigernd wirken sollen, im Darm weit geringer sein. Ein Tropfen Senföl auf 200 ccm Flüssigkeit hat die Darmresorption schon geschädigt, die im Magen verbessert. A. Loewy.

Ribbert, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Herzens. Virch. Arch. Bd. 147. S. 193.

1. Ueber Gefässe in den Herzklappen.

Zum Nachweis der Klappengefässe genügt nicht die einfache makroskopische Betrachtung, sondern es ist die Injektion erforderlich. Die Mitralis wird von der linken Coronararterie aus injicirt. Bei frischen endokarditischen Erkrankungen wie bei normalen Klappen gelingt es nur, die basalen Abschnitte zu füllen. Dagegen zeigt bei einige Monate alter Erkrankung die ganze Klappe ein reiches capillares Gefässnetz. Mitunter gelingt nun aber die Injektion bei anscheinend normalen Klappen mit einer leichten Verdickung des freien Randes. Hier entscheidet dann die mikroskopische Untersuchung, ob eine Erkrankung der Klappe vorliegt. Die histologisch als unverändert zu bezeichnenden und doch Gefässe enthaltenden Klappen sind sehr selten. Die früheren diesbezüglichen Angaben sind grösstenteils auf eine Verwechslung mit wenig veränderten Klappen zurückzuführen. Dieser Umstand weist darauf hin, wie oft eine als frische Endocarditis aufgefasste Erkrankung als eine rekurrirende zu betrachten ist. Auch lässt sich eine häufige und weitgehende Heilung von Endocarditis konstatiren. Die rekurrirende Endocarditis kann embolischer Natur sein; doch ist dies bei der späteren Rückbildung der Gefässe in den Randabschnitten sicher nicht häufig der Fall. Die Gefässneubildung führt Vf. auf chemotaktische Einflüsse zurück, die ein Hineinwachsen der Gefässendothelien in die Klappe bewirken. Die Neubildung geht sehr langsam vorwärts und erreicht die Schliessungslinien erst nach Organisation der Thromben. Daher findet sich nur selten eine Vaskularisation der warzenförmigen Erhebungen. Die Gefässe stellen zunächst endotheliale Röhren dar. Auch die grossen Gefässstämme bewahren zuerst diesen Charakter; erst weiterhin bildet sich der Charakter einer Arterie mit Längs- und Ringmuskellage und Elastica aus. Diese Muskelfasern stammen von den Arterienwandungen der Klappenbasis.

2. Beitrag zur fettigen Degeneration des Herzmuskels.

Die fettige Degeneration der Herzmuskulatur tritt oft in Gestalt länglicher Fleckchen auf, die quer zum Muskelverlauf gestellt sind. In der Voraussetzung, dass die Cirkulationsverhältnisse der Grund dieser Tigerung des Myocard sein könnten, nahm Verf. Injektionen des Herzmuskels vor, die eine sehr ungleichmässe Verteilung der Leimmasse erkennen liessen. Die wenig oder gar nicht zu injicirenden Bezirke können natürlich von jeder Schädlichkeit leichter betroffen werden, als die reichlich von Blut versorgten. So sieht man denn bei Injektion eines fleckig-fettig degenerirten Herzens die bestimmte Beziehung der Fettentartung zur Gefässfüllung sehr deutlich.

3. Ueber die pericardialen Sehnenflecke.

Zur Erklärung der epicardialen Sehnenflecke sind entzündliche und mechanische Momente herangezogen worden. Beide Erklärungen sind jedoch nicht befriedigend. Die Sehnenflecke zeigen ein abnorm festes Gefüge; bei ihrer Bildung ist lediglich die zwischen Endothel und elastischen Fasern gelegene Bindegewebsschicht beteiligt. Die Verdickung des Gewebes

geht bald allmählich vor sich, bald ist sie scharf gegen die Umgebung abgegrenzt; auch kann der Sehnenfleck in Gestalt eines überhängenden Pilzes über die Umgebung hervorragen. Die seitlichen und oberen Randbezirke zeichnen sich durch grösseren Kernreichtum aus. Die bisweilen vorkommenden, mit epithelähnlichen Zellen ausgekleideten Hohlräume sind nur Querschnittsbilder von Spalten zwischen den überhängenden Rändern der Sehnenflecke und dem darunter liegenden Epicard, mit Umwandlung der platten Endothelzellen in rundliche protoplasmatische Elemente. Die Sehnenflecke entwickeln sich allmählich aus anfänglich kleinen, umschriebenen Bindegewebsneubildungen. Die beiden bisherigen Theorieen, die entzündliche und mechanische, genügen nicht; doch fehlt bis jetzt eine völlig genügende Erklärung für die Genese der Sehnenflecke. Vielleicht spielen Abweichungen bei der Entwicklung des Epicards eine Rolle.

M. Rothmann.

V. Babes und **Nanu,** Ein Fall von Myosarkom des Dünndarms. Berliner klin. Wochenschr. 1897, No. 7.

Ein 30jähr. Mann erkrankt mit Schmerzen in der linken Bauchhälfte; nach $1^1/_2$ Monaten wird ein hühnereigrosser, beweglicher Tumor konstatirt. Bei der Laparotomie sieht man einen zweifaustgrossen, in einer Dünndarmschlinge gelegenen Tumor, der durch Resektion des Darmes entfernt wird. Pat. wird nach 1 Monat geheilt entlassen. Die mikroskopische Untersuchung zeigt an keiner Stelle des Tumors Drüsenepithelien. Der Tumor ist aus runden Zellen zusammengesetzt, zwischen denen spärliches, bindegewebiges Gerüst liegt. In der Peripherie sind dagegen in Karyokinese begriffene Muskelzellen erkennbar; die Tumorkapsel zeigt ein an embryonalen Zellen reiches Bindegewebe. Der Tumor ist als Myosarkom zu bezeichnen, im Sinne einer Umwandlung von Muskelzellen in sarkomatöse Zellen. Metastasen sind in diesem Fall bisher nicht aufgefunden worden; doch hatten die bisher beschriebenen derartigen Tumoren eine grosse Neigung zur Metastasenbildung. Bemerkenswert an dem vorliegenden Fall ist die primäre sarkomatöse Umwandlung der Muskelzellen, während sonst die Muscularis erst sekundär von Mucosa oder Submucosa aus ergriffen zu werden pflegt.

M. Rothmann.

G. Perthes, Ueber Nierenexstirpation. (Aus der chirurg. Klinik zu Bonn.) Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLII. S. 201.

Verf. berichtet aus der Bonner Klinik über 23 seit 1885 ausgeführte Nierenexstirpationen mit † 4 (17,4 pCt.). Von den 22 durch Trendelenburg selbst verrichteten Nierenexstirpationen waren 15 transperitoneal und 7 extraperitoneal, und zwar wurden von 12 bösartigen Geschwülsten alle transperitoneal, von 4 Hydro- bezw. Pyonephrosen 3 transperitoneal, eine extraperitoneal gemacht, während letzterer Methode 4 Nierentuberkulosen und 2 Pyelonephritiden anheimfielen. Vergrösserte Nieren wurden demnach (mit einer Ausnahme) transperitoneal, nicht vergrösserte extraperitoneal entfernt. Dieses dem in Deutschland üblichen entgegengesetzte Verfahren wird vom Vf. durch die bessere Möglichkeit einer Orientirung vom Bauche her über die gesunde, wie namentlich über die kranke Niere gerechtfertigt,

ferner durch dio erleichterte Ausführung, während man beim Lumbalschnitt noch besonders die (manchmal nnmögliche) Schonung des Bauchfells berücksichtigen mnss. Verf. weist die Gefahr grösseren Shocks bei Eröffnung des Bauchfells als durch die neuere Darmchirurgie widerlegt znrück, ebenso wie die einer Bauchfellinfektion dnrch gewissenhafte Asepsis minimal geworden ist. Von den hier in Betracht kommenden Fällen muss man die von Tuberkulose nnd Pyelonephritis von den Hydro- und Pyonephrosen trennen. Bei den ersteren sind die Nieren nicht, bezw. nicht erheblich vergrössert, die Infektionsgefahr für das Bauchfell aber bedeutend nnd gehören diese Fälle der lumbalen Methode. Dagegen überwiegen für die cystisch vergrösserten Nieren mit verdächtigem oder infektiösem Inhalt ebenso wie für die meist umfangreichen bösartigen Geschwülste die technischen Vorteile des Bauchschnittes. Bei diesem machte man nach einem unbefriedigenden Versuche mit dem Péan'schen Qnerschnitt die äussere Incision über die grösste Hervorwölbung der Geschwulst (bei kleineren Tumoren in Form des Langenbuch'schen Längsschnittes aussen am geraden Bauchmuskel) als Schrägschnitt, welcher nnter dem Rippenbogen in der Lin. axill. beginnend, in der Richtung auf den Schamhöcker verlaufend, meist ca. 5 cm über dem Lig. Poupart. endete. Ein besonderer Abschluss der retroperitonealen Wundhöhle wurde nicht vorgesorgt, sondern, wenn nötig, sterilisirte Gaze behufs Drainage durch den Banchraum eingelegt. Abgesehen hiervon wurde die vordere Bauchwunde vernäht. Bei dem Lnmbalschnitt, der nicht-vergrösserte Nieren betraf, reichte meist der Simon'sche Schnitt ans. Als Folgeerscheinnng der Nephrectomie wnrde Sinken der Harnabsonderung unmittelbar nachher mit Wiedererreichnng der Norm binnen wenigen Tagen regelmässig beobachtet. Dass letzteres, wie TUFFIER meint, durch kompensatorische Hypertrophie der anderen Niere erfolgt, ist wegen der Kürze der Zeit, in der der Harn wieder normal wird, unwahrscheinlich.

Verf. versnchte zum ersten Male, bestimmte anatomische Charaktere bösartiger Nierentumoren mit ebensolchen klinischen Erscheinungen in Verbindung zu bringen. Während aber die sog. embryonalen Drüsengeschwülste, welchen Verf. incl. 2 eigener Fälle 26 als Adeno- oder Myosarkome bezeichnete Vorkommnisse znrechnet, lediglich Kinder betrafen, bei denen als erstes Symptom Geschwnlstbildung, Haematurie, jedoch nur 2mal in unwesentlicher Weise, nnd ein schnelles, oft das Allgemeinbefinden schädigendes Wachstum mit unbedeutender Metastasenbildung infolge Hineinwachsens des Tnmors in die V. cava konstatirt wurde, stehen besonders die von GRAWITZ so genannten Strumae snpraren. renis. Von letzteren hat Verf. einschliesslich von 3 eigenen Fällen 34 gesammelt; mit Ausnahme eines $2^1/_2$jähr. Kindes waren alle Patt. über 30, 25 über 40 Jahre alt. Aeusserst langsamer Verlauf, so dass beim Auftreten von Haematurie bereits erhebliche Geschwülste bestanden, zeichnet diese zu Zerfall des neugebildeten Gewebes neigende Geschwnlstform aus, deren scheinbare Benignität mit dem Durchbruch in die Venen schwindet. Metastasen wurden nur in neun Fällen vermisst, in denen Operationen oder intercnnrrente Erkrankung den Gang des Leidens unterbrachen. Nächst Metastasen führt Amyloid-Entartung am häufigsten zum Tode, allerdings wohl kaum bei nicht ulcerirtem

Tumor. In 2 Fällen konnte Verf. reichlich Glycogen im Tumor nachweisen. Von den 12 Fällen hösartiger Nierengeschwülste starben 3 im Zusammenhang mit der Operation, von den 9 Ueberlebenden endeten 7 durch Recidive, frei von diesen blieb ein $4^1/_2$jähr. Mädchen, das 11 Monate später an Hirnhautentzündung starb, sowie eine 64jähr. Frau, welche zur Zeit in völliger Gesundheit, 5 Jahre nach der Operation, lebt. Bei den beiden Pyelonephritiden war die Diagnose durch deren Anschluss an eine Tripperstriktur relativ leicht, schwerer gestaltete sie sich in den 4 Fällen von Nierentuberkulose. Bei einem 22jähr. Mädchen traten stürmische Blasensymptome völlig in den Vordergrund; einziges diagnostisches Mittel war hier der endoskopische Harnleiterkatheterismus gewesen. In diesem Fall gelang es Trendelenburg, durch Totalexstirpation der Blase mit Ureterverpflanzung in die Flex. sigmoidea wenigstens vorübergehend den Zustand zu lindern. Ausser dieser Pat. befindet sich noch eine zur Zeit in ungünstigem Zustand, während bei 2 das Allgemeinbefinden (2 Jahre 10 Monate bezw. 1 Jahr 4 Monate nach der Operation) ein gutes ist. In den vier Hydro- und Pyonephrosen gaben Grösse der Geschwulst und Heftigkeit der Koliken Anzeige zur Operation. Da der Kräftezustand der betr. Patientin ein guter, da ferner mit der Nierenexstirpation günstigere Aussicht auf endgültige Heilung verbunden, und ein Opfer an Nierenparenchym in jedem Falle zu verantworten war, so wurde die Nephrectomie der einfachen Incision mit Drainage vorgezogen. Letztere wird in der Bonner Klinik für bestimmte Fälle mit günstigem Erfolg reservirt. Zum Schluss folgt die tabellarische Uebersicht sämmtlicher Operationsfälle. P. Güterbock.

Rethi, Kehlkopf- und Luftröhrenentzündung infolge von Arsenikgebrauch. Wien. med. Presse 1897, No. 11.

Da ein Zusammenhang zwischen Katarrh der oberen Luftwege und innerlichem Arsengebrauch sehr selten beobachtet worden ist, so verdienen die beiden Fälle des Vf.'s Beachtung. Es handelte sich um katarrhalische Entzündungserscheinungen im Kehlkopf und in der Trachea nach monatelangem Arsengebrauch, die prompt nach dem Aussetzen des Mittels schwanden. Brouardel und Pouchet führen den Katarrh auf eine Ausscheidung des Arsens durch die Epithelien zurück. Im Uebrigen waren neben den katarrhalischen Erscheinungen in den Luftwegen auch noch andere als Folge von Arsengebrauch angegebene Intoxikationserscheinungen vorhanden. (Einen gleichen Fall hat Ref. bei einer anämischen Dame, die nervöser Halsbeschwerden halber Arsen ohne Aufsicht gebraucht hatte, zu beobachten Gelegenheit gehabt. W. Lublinski.

Rosenberg, Die Behandlung der Kehlkopfpapillome bei Kindern. Archiv f. Laryngol. V.

Papillome bei Kindern sind nach der Statistik häufiger, als angenommen wird. Welche Methode zur Beseitigung derselben vorzuziehen ist, hat Verf. mit Berücksichtigung der Erfolge derselben aus der Litteratur zusammengestellt und erwiesen, dass die endolaryngeale Methode bessere

Resultate ergiebt, als die Thyreotomie. Nur wenn gefahrdrohende Erschwerung der Atmung eintritt oder man nicht zum Ziel kommt, auch die Intubation nicht möglich, ist die Tracheotomie zu machen und ev. noch zu warten, ob nicht Spontanheilung eintritt, resp. endolaryngeal zu operiren. Die Laryngotomie ist nur bei älteren Kinden vorzunehmen, da bei den in den vier ersten Lebensjahren stehenden Kindern die Todeszahl die Heilungsziffer überragt. W. Lublinski.

Schumburg, Ein neues Verfahren zur Herstellung keimfreien Trinkwassers. D. med. Wochenschr. 1897, No. 10.

Auf Verfügung der Medicinalabteilung des Kriegsministeriums hat Sch. seit Jahresfrist die angegebenen Methoden der chemischen Wasserreinigung einer Prüfung unterzogen, um durch Zusatz von Chemikalien beliebiges Wasser für Trinkzwecke geeignet zu machen. Fast alle angewandten Methoden vermögen ein Wasser keimfrei zu machen, allein sie sind deswegen nicht brauchbar, weil es nicht möglich ist, die chemischen Zusätze wieder sicher zu entfernen, resp. unmerkbar zu machen. Als am geeignetsten hat sich das Brom gezeigt, welches in 5 Minuten die Abtötung fast sämmtlicher Wasserbakterien und aller im Wasser nachgewiesenen pathogenen Keime bewirkt und durch einen Zusatz von Ammoniak leicht unschädlich gemacht wird, so dass ein klares und geschmackfreies Wasser resultirt.

Um 1 Liter Wasser zu sterilisiren, sollen 0,06 g Brom genügen. Sch. verwandte Lösungen von Brom in Bromkalium (Bromkalii 20,0, Brom 20,0, Wasser 100,0), von welcher Lösung 0,2 ccm ausreichten, um 1 l Spreewasser innerhalb 5 Minuten fast vollkommen zu sterilisiren. Zur Beseitigung der Bromlösung dient 9proc. Ammoniaklösung, von dem die gleiche Menge erforderlich ist, es bildet sich unterbromigsaures Ammonium und Bromammonium. Wenn auch geringe Mengen freien Ammoniaks und freien Broms den Geschmack des Wassers nicht beeinträchtigen, so ist es doch erforderlich, die Lösungen genau gegeneinander einzustellen. Die im Wasser zurückbleibenden Bromsalze sind in den Mengen als vollkommen indifferent zu betrachten.

Wie bestechend auch die Mitteilung Sch.'s ist, so muss doch vor allem erst abgewartet werden, wie sich die Methode in praxi bewährt. Einmal ist es Sch. nicht sicher gelungen, stets alle Keime abzutöten, andererseits besteht wenig Neigung, Wasser, welches durch irgend einen Zusatz bakterienfrei gemacht ist, zu geniessen; meist werden auch die Soldaten im Manöver, für welche besonders die Methode empfohlen ist, wenn sie erschöpft an ein Wasser kommen, nicht 5 Minuten warten, bis die Sterilisation beendigt ist, sondern sie werden das Wasser, wie es ist, geniessen.

H. Bischoff.

Kühn, Sur un nouveau procédé de stérilisation par la chaleur sous pression. Compt. rend. 1897. T. CXXIV. No. 9.

Die gewöhnlich angewandten Sterilisationsverfahren für Flüssigkeiten haben, wenn sie auch mit Sicherheit die Keime abzutöten vermögen, den Nachteil, dass sie den Geschmack sehr beeinträchtigen. Bisher sind nun die Flüssigkeiten stets so erhitzt worden, dass über ihrer Oberfläche ein

Raum war, welcher hinreichte, die Gase, den Dampf aufzunehmen, und eine Ausdehnung ermöglichte. K. hat dagegen Flüssigkeiten in gefüllten, fest verschlossenen Gefässen erhitzt, welche genügend widerstandsfähig waren, den Druck infolge der Ausdehnung zu ertragen. Dieser Druck steigert sich viel schneller, als derjenige des Dampfes, so dass die Flüssigkeiten sich sowohl während des Erhitzens, wie während des Abkühlens unter dem Einfluss eines hohen Druckes befinden. Als Apparat diente ein Metallcylinder, welcher mit der Flüssigkeit vollkommen gefüllt wurde und von zahlreichen Röhren, in denen abwechselnd heisses und kaltes Wasser für das Erhitzen resp. das Abkühlen strömte, umgeben war. Bei dieser Art des Sterilisirens, bei welcher jeder Verlust an Gasen, an aromatischen und flüchtigen Stoffen ausgeschlossen ist, bleibt die Flüssigkeit ganz unverändert, oder erfährt nur nicht wahrnehmbare Qualitätsänderungen. Wasser, Mineralwässer, Bier, Wein, Milch etc. bewahren unverändert ihren Gasgehalt, auch findet nach dem Sterilisiren die Gährung bei Most in alter Weise statt, wenn neue Hefe hinzugesetzt wird. H. Bischoff.

Neufeld, Treten im menschlichen Blute nach überstandener Streptococcenkrankheit Antikörper auf? D. med. Wochenschr. 1897, No. 11.

Aus Anlass der sich widersprechenden Berichte über die Wirkung von Streptococcenserum, indem die einen demselben einen günstigen Einfluss auf den Verlauf einer Streptococceninfektion zuschreiben, während andere jeden Einfluss leugnen, hat N. versucht, experimentell festzustellen, ob eine solche Wirkung zu erwarten ist. Bei der Diphtherie, Cholera und anderen Infektionskrankheiten treten im Blute beim Ueberstehen der Krankheit Antikörper auf, und der Erfolg einer Serumtherapie besteht darin, dass wir dem Patienten diese Stoffe künstlich zuführen und damit den natürlichen Gang unterstützen. Wie verhält sich dies nun bei der Streptococceninfektion? N. hat von einer Patientin, bei welcher virulente Streptococcen während ihrer Krankheit im Blute nachgewiesen wurden, das Serum auf Schutzstoffe untersucht und konnte weder gegen Streptococcen überhaupt, noch gegen den aus dem Blute selbst gezüchteten Streptococcus irgend welchen Schutz durch Injektion des Blutserums erzielen. Wenn nun aber die Natur selbst bei der Heilung der erkrankten Menschen eine Anhäufung von Streptococcen-Antikörpern im Blute nicht erreicht, so ist keine Aussicht vorhanden, diesen Effekt künstlich zu erzielen. H. Bischoff.

H. Huchard, Action diurétique de la théobromine dans les maladies cardiaques et rénales. Bullet. génér. de thérapeut. 1896, No. 2.

H. hat in den letzten zwei Jahren ausgedehnte Versuche mit Theobromin bei Herz- und Nierenaffektionen angestellt und berichtet in der vorliegenden Arbeit über die dabei gewonnenen Erfahrungen; das namentlich bei uns an Stelle des reinen Theobromins viel benutzte Diuretin (Theobrominum natrio-salicylicum) hält er wegen des Gehaltes an Natronlauge für gefährlich und plaidirt für Entfernung dieses Mittels aus dem Arzneischatz. Sein Urteil über das Theobromin fasst H. folgendermassen zu-

sammen: Es ist eins der besten, zuverlässigsten und konstantesten diuretischen Mittel, die wir kennen und bei Oedemen infolge von Herz- oder Nierenleiden anwenden können; es gehört zu den „direkten Diureticis", die das Nierenepithel anregen, ohne jedoch dasselbe zu reizen. Ganz besonders tritt seine Wirkung hervor bei Cardiopathien, gleichviel ob dieselben durch Sklerose oder Klappenfehler hervorgerufen sind, ferner bei interstitiellen und parenchymatösen Nephritiden. Eine Verbindung des Theobromins mit Digitalin oder Coffeïn erhöht die diuretische Wirksamkeit nicht; ebensowenig eine Verbindung mit Lactose; dagegen empfiehlt es sich, um die diuretische Wirkung zu verlängern, nach Aussetzen des Theobromins $^1/_2$—1,0 mg Digitalin pro Tag zu geben. Die diuretische Wirkung bei Theobromingebrauch tritt sehr schnell, schon am ersten Tage, ein, im Gegensatz zur Digitalis; sie dauert auch noch 2—4 Tage nach Aussetzen des Mittels an. Die Urinmenge steigt mitunter enorm an, bis auf 5 und selbst 6 Liter; dabei hat das Mittel keine cumulative Wirkung, ist kaum giftig zu nennen und ruft nur bei vereinzelten Individuen in Dosen von 2 bis 3 g Kopfschmerz, Nausea, sehr selten Erbrechen hervor; es wirkte mitunter noch in Fällen, wo Digitalis und Coffeïn völlig versagten. Die gewöhnliche Dosis ist 2—3 g pro die, doch kann man auch unbedenklich bis 4 und 5 g steigen. Empfehlenswert ist die Anwendung auch bei Infektionskrankheiten, bei denen eine stärkere Diurese erwünscht ist, endlich in Verbindung mit Milchdiät bei der Lebercirrhose. K. Kronthal.

F. Epstein, Die Anwendung der Gastrodiaphanie beim Säugling. Jahrb. f. Kinderheilk. XLI. S. 328.

Die vom Vf. zur Magendurchleuchtung beim Säugling benutzte Magensonde ist dem Einhorn'schen „Gastrodiaphan" (s. Cbl. 1893, S. 255) nachgebildet. Vor Einführung der Sonde wurde fast jedesmal der Magen in gewöhnlicher Weise ausgespült. Die Einführung des „Gastrodiaphans" gelingt ohne Schwierigkeit, am besten in aufrechter, halbsitzender Stellung der Kinder. Verletzungen des Magens sind mit Sicherheit zu vermeiden. Nach der Einführung der Sonde wird der Magen mit Wasser gefüllt, wozu je nach dem Alter der Kinder und der Grösse des Magens 100—350 ccm Wasser verwendet werden. Die Durchleuchtung giebt Aufschluss über die Grössenverhältnisse des gefüllten Magens; ihr praktischer Wert liegt darin, dass sie ein ungefährliches Mittel darstellt, beim Säugling eine Gastroectasie, bezw. eine Gastroptose nachzuweisen. Alle anderen für diesen Nachweis vorgeschlagenen Methoden sind unzuverlässig. Dagegen können wir mit Sicherheit von einer Magenerweiterung beim Säugling sprechen, wenn die grosse Kurvatur nach dem Ergebnis der Durchleuchtung in Nabelhöhe steht und die linke seitliche Grenze des Magens die linke mittlere Axillarlinie überschreitet. Stadthagen.

M. Koolhaas, Ueber Coma dyspepticum. Med. Corr.-Bl. f. d. württemb. ärztl. Landesvereins 1896, No. 27.

Einen Fall von sogenanntem Coma dyspepticum, d. h. einen comatösen Zustand im Anschluss an eine Magenaffektion, berichtet K. Derselbe

betraf einen Mann im Alter von 50 Jahren, der an einer hochgradigen Magenerweiterung litt, die durch eine scirrhöse Stenose des Pylorus bedingt war. Der Kranke, der niemals auch nur Spuren von Zucker im Urin zeigte, sich selbst den Magen mittelst der Sonde auswusch und sich verhältnismässig ganz wohl befand, redete plötzlich eines Abends wirr, wurde schlafsüchtig und verfiel allmählich in einen vollständig comatösen Zustand. In diesem Coma blieb er nahezu 14 Tage unverändert liegen. Der Puls war stets kräftig, etwa 60 in der Minute, die Temperatur subnormal. Er liess unter sich; die Reflexe waren erhalten, auf lautes Anrufen öffnete er träge die Augen, ohne je zur Besinnung zu kommen. Nach Ablauf von 14 Tagen erholte sich der Kranke wieder; nach 5 Wochen war er wieder völlig klar und hatte über nichts zu klagen. Fünf Wochen später, nachdem der Kranke sich wieder völlig erholt hatte, bekam er zum zweiten Male einen dem ersten völlig gleichen comatösen Anfall, der nach einem halben Tage trotz Camphorinjektionen den Tod herbeiführte. Die Sektion ergab eine kolossale Erweiterung des Magens und einen nahezu vollständigen Verschluss des Pylorus durch ein derbes Carcinom. Auffällig ist in diesem Krankenberichte vor allem die Thatsache, dass der Kranke sich von einem 14 Tage lang währenden Coma völlig erholte. Was die Aetiologie des Comas selbst betrifft, so handelte es sich wohl sicherlich um eine Autointoxikation aus dem zersetzten Mageninhalt. Der ganze Zustand ähnelte am meisten einer Alkoholvergiftung. Ob dem Kranken bei seinem zweiten Coma durch eine Ausspülung des Magens hätte geholfen werden können, mag dahingestellt bleiben. C. Rosenthal.

---

1) **F. Taylor,** A case of shingles followed by paralysis of the abdominal muscles. Guy's Hop. Reports 1896. Vol. 52. S. 37.

2) **H. Eichhorst,** Herpes zoster und Facialislähmung. Cbl. f. inn. Med. 1897, No. 18.

1) Bei einem über 60 Jahre alten Manne entstand ein Herpes zoster im Bereich der drei letzten rechten Rippen und des entsprechenden Hautgebietes vorn und an der Seite. Im Anschluss daran trat eine Hervorwölbung der rechten Seite und der entsprechenden Bauchhälfte auf, was besonders beim Husten deutlich wurde. Die Empfindlichkeit der Haut gegen den elektrischen Reiz und die elektrische Reizbarkeit der Muskeln war für beide Stromesarten herabgesetzt. Die Hervorwölbung in der Ruhe und die mangelnde Kontraktionsfähigkeit beim Husten (unterhalb des rechten Rippenrandes) bestand noch Jahre lang später: Tragen einer Bauchbinde gewährte Erleichterung.

2) Nach einer Erkältung traten bei einer Ausgangs der 20er Jahre stehenden Frau zwei Tage lang Schmerzen in der rechten Augenbrauengegend und rechts im Nacken und am Hinterkopfe ein, welchen am dritten Tage eine vollkommene rechtsseitige Facialislähmung folgte. Vier Tage später erschienen Herpesbläschen auf der unteren Hälfte der rechten äusseren Ohrmuschel, im rechten äusseren Gehörgang, auf der rechten Zungenhälfte, am rechten harten Gaumen und auf der rechten Hälfte des Zäpfchens.

Die Facialislähmung war eine schwere, Berührung und Geschmack blieben auf beiden Zungenhälften gleich deutlich; kein Schiefstand des Zäpfchens, keine Gehörsstörungen; Sensibilität der rechten Gesichtshaut unverändert. — Entstand ein Herpes nach einer Facialislähmung, so trat er stets im Trigeminusgebiet auf, während der der Gesichtslähmung vorangehende Herpes meist ein Herpes zoster occipitocollaris war. Da trotz Zungenherpes Geschmacksstörungen fehlten, so lässt sich nach E. schliessen, dass in der Chorda tympani sowohl geschmackvermittelnde als auch sogen. trophische (oder vasomotorische) Fasern verlaufen. Im vorliegenden Falle könnten die peripheren Ausläufer der Trigeminusäste von Schädigungen betroffen und auch der Herpes der Zunge könnte durch Weiterkriechen der Entzündnng vom Facialisstamm (am Foramen mast.) bis zur Chorda hin hervorgerufen sein. Bernhardt.

H. Rosin, Akute Myelitis und Syphilis. Zeitschr. f. klin. Med. 1896. XXX. (1 und 2.)

R. beschreibt einen Fall von akuter Myelitis auf syphilitischer Basis ausführlich mit dem Sektionsbefund. Derselbe betrifft einen 41jährigen Mann, der 2 Jahre zuvor wegen Sekundärerscheinungen der Lues behandelt war und Ende Oktober 1893 an vorübergehenden Blasen- und Mastdarmstörungen litt. Dieselben wiederholten sich Januar 1894 und waren mit lancinirenden Schmerzen, Gürtelgefühl, leichter Parese der Unterextremitäten verbunden; auch waren Spasmen vorhanden und die Reflexe erhöht bei intakter Sensibilität und elektrischer Erregbarkeit. Nach einigen Wochen stellte sich ausser einer Cystitis eine plötzliche Paralyse des rechten und später auch des linken Beines ein unter Schwinden der Sensibilität in denselben; unwillkürliche Zuckungen und Kontrakturen begleiteten diese Lähmung anfangs. Eine energische Schmierkur und Jodkalium brachten keine wesentliche Veränderung hervor. Die Anästhesie stieg am Rumpf in die Höhe, Decubitus trat hinzu, die Patellarreflexe schwanden und der Tod trat an Decubitus, eitriger Cystitis und septischer Bronchopneumonie ein. Die Sektion und mikroskopische Untersuchung erwiesen eine Querschnittsaffektion in Höhe des 4.—9. Brustwirbels mit sekundären Degenerationen und Randdegeneration durch das ganze Rückenmark. Durch das ganze Rückenmark fand sich ferner eine hochgradige Erkrankung des Gefässapparates sowohl an den Meningen, wie in der Substanz, und zwar Verengerungen, Thrombosirungen, Obliterirungen, Wucherungen der Intima, Verdickungen der Adventitia etc. — Die vorderen und hinteren Rückenmarkswurzeln waren bis zum Halsmark teils in Atrophie, teils in Degeneration geraten; die Meningen waren verhältnismässig frei und nur in der Umgebung der Gefässe verdickt und zellig infiltrirt. Die Diagnose klinisch und anatomisch lautete auf Myelitis acuta (resp. subacuta) dorsalis und der Zusammenhang mit Syphilis war klar. Aehnliche Fälle reiner akuter syphilitischer Rückenmarksaffektionen ohne jede cerebrale Erscheinung sind nicht in grosser Anzahl beschrieben; mit dem beschriebenen sind es zwölf Fälle, die eingehender mitgeteilt sind. Sie haben meist gemein: die Plötzlichkeit der Lähmung, die Beteiligung der Unterextremitäten und des unteren Rumpfteils, das Hinzutreten von Sensibilitätsstörungen, die schwere

und häufig frühzeitige Lähmung von Blase und Mastdarm, das Auftreten von Cystitis und Decubitus, den Wechsel der Symptome und den remittirenden Verlauf, den Mangel an Kongruenz zwischen Bewegungs- und Empfindungslähmung, das Auftreten von spinalen und auch cerebralen, rückbildungsfähigen Prodromalsymptomen (Parästhesien, Neuralgien, Müdigkeitsgefühl, Sphincterenstörungen, schwankendes Verhalten der Patellarreflexe). Dieses Prodromalstadium vor dem plötzlichen Eintritt der akuten myelitischen Erscheinungen dürfte nur als chronischer Beginn der Erkrankung aufzufassen sein. Pathologisch-anatomisch ist die starke Beteiligung der nervösen Elemente, der Zellen und der Gefässe, das Fehlen hindegewebiger Wucherungen und Gewebsverdickungen, sowie erheblicher Meningen-Veränderungen bei der akuten Myelitis bei Syphilis hervorzuheben. Die Gefässerkrankung ist das Primäre; sie giebt die Disposition und den Grund zur Entstehung akuter Ernährungsstörungen und Erweichungen im Rückenmark. Die Gefässerkrankung ist älteren Datums und auch ausserhalb des myelitischen Herdes anzutreffen; sie ist die Ursache der prodromalen Störungen, die durch eine Anpassung des Gewebes an die veränderten Ernährungsverhältnisse (Cirkulation) zum Teil wieder schwinden. Wo die Störung am stärksten (im Dorsalmark) ist, tritt dann der akute Zerfall ein, kurz eine Myelitis acuta auf syphilitischer Basis. Je nachdem die Randgefässe oder die centraleren mehr erkrankt sind, wird das Bild wechseln. Die Affektion der Wurzeln ist ebenfalls als Folgewirkung der Gefässveränderungen anzusehen und meist regellos und nicht systematisch.

Die akute Myelitis kann in jedem Stadium der Syphilis zur Entwicklung kommen, sie kann, ebenso wie die Gefässerkrankung schon zu den frühesten Symptomen des sekundären Stadiums gehören. Die Prognose ist oft eine ungünstige, doch sind Fälle mit dem Symptomenbilde akuter Myelitis nach Syphilis zur völligen Heilung gekommen. Die antiluetische Kur hat hier wohl weniger die Endothelwucherungen rückgängig machen, als ein weiteres Fortschreiten der Gefässerkrankung verhindern können; dann hat sich das geschädigte Rückenmark wieder erholt und den veränderten Ernährungsverhältnissen angepasst. S. Kalischer.

C. Kunn, Ueber Augenmuskelstörungen bei der multiplen Sklerose. Wien. klin. Rundschau 1896, No. 20.

K. berichtet über einige bisher nicht beschriebene Augensymptome, die er in 6 Fällen von multipler Sklerose beobachten konnte. Den Nystagmus will er zum Teil als Intentionstremor resp. Intentionsataxie aufgefasst wissen. In 3 Fällen beobachtete er das „Einstellungszittern", d. h. blitzartige Zuckungen beim Fixiren eines Objektes, atactische schwingende Bewegungen um die Ruhestellung, bis die Fixation und Ruhestellung eintritt. In 5 von den 6 Fällen fand sich eine „Dissociation der Augenmuskeln", d. h. es kommt zu wahrem Stabismus concomitans (convergens), ohne eine Spur einer Beweglichkeitsbeschränkung des Auges und mit der Erscheinung von Doppelbildern, wie bei dem concomitirenden Schielen. Diese Störung soll auf einer Dissociation der centralen Leistungen, Association der Muskelbewegungen etc. beruhen (Centren in der Brücke). Ein drittes

Digitized by Google

Symptom besteht in der Unfähigkeit, in der Nähe zu lesen und zu arbeiten, Nebelsehen, Unruhe der Buchstaben etc. Dabei kann die Herabsetzung des Sehvermögens für die Ferne fehlen oder nur eine ganz geringfügige sein. Dies beruht zum Teil auf dem schon von Parinaud beschriebenen unruhigen Spiel und Zittern der Pupillen bei der multiplen Sklerose. Dass dieses Pupillenzittern ein sekundäres Symptom sei und durch zitternde Bewegungen des Ciliarmuskels bedingt werde, konnte K. durch Atropinisirung des Auges und entsprechende Leseversuche erweisen. Dieses Zittern des Accommodationsmuskels dürfte auf Ataxie desselben zurückzuführen sein. — K. weist zum Schluss auf die verschiedenen konkurrirenden Ursachen der Sehstörungen bei der multiplen Sklerose (Opticusatrophie, Nystagmus, hysterische Komplikationen) hin, sowie auf den Wechsel dieser Erscheinungen im Verlaufe der Krankheit. S. Kalischer.

Mairet et **Bosc,** Recherches sur la toxicité des urines des épileptiques. Arch. de Physiol. 1896, Avril.

Die Verff. fanden den Urin von Epileptischen im Allgemeinen von geringer toxischer Wirkung (hypotoxisch), — normal toxisch wird er lediglich in den Stunden, welche dem Ausbruch eines Anfalls unmittelbar vorangehen. Die Hypotoxicität beginnt sofort nach dem Anfall und ist in der Zeit kurz daranf bald bis zu ihrem Maximum gestiegen.

Die toxischen Eigenschaften des Urins von Epileptikern sind die gleichen, wie die des Urins normaler Menschen. Nur die krampferzeugenden Wirkungen sind beim Urin von Epileptikern grösser als bei normalem Harn. M. Brasch.

L. Jacobsohn, Ueber die schwere Form der Arteriosklerose im Centralnervensystem. Arch. f. Psych. XXVII. (3.)

Der 58 Jahre alte Schutzmann war Potator. Im Laufe von 4 Jahren erlitt er mehrere apoplektische Insulte; der Bewusstseinszustand dabei war ein verschiedenartiger, sehr wechselnd aber auch die mit dem Anfall einsetzenden Lähmungen, bald war sie rein hemiplegisch, bald alternirend, bald war die eine, bald die andere Seite befallen. Auch zwischen den einzelnen Anfällen waren die Lähmungen bald rechts, bald links vorhanden. Bei der Sektion fanden sich hochgradige Veränderungen an den Hirngefässen (Arteriosklerose), im Hirn selbst Erweichungen, Blutungen neueren Datums, Atrophien und sekundäre Degenerationen. Durch die vielen kleinen Blutungen, besonders im Pons, und ihre Resorption erklärt der Verf. das wechselnde Verhalten der Lähmungen. Als Bezeichnung für derartige Fälle schlägt er — unter gänzlicher Vermeidung des Wortes „Bulbärparalyse“ — „multiple Erweichungen“ vor. M. Brasch.

O. Leichtenstern, Akute Miliartuberkel der Haut bei allgemeiner akuter Miliartuberkulose. Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 1.

Bei einem 4 Jahre alten, an allgemeiner akuter Miliartuberkulose erkrankten Knaben entstanden zunächst im Gesicht, dann auch an Rumpf

und Extremitäten mohn- bis höchstens hanfkorngrosse, isolirt stehende, lebhaft rote, derbe, kegelförmig zugespitzte Papeln, die sich auf vollständig normaler Haut mit scharfem Contour steil erhoben. Die Mehrzahl bildete sich nach 8—14tägigem Bestande allmählich unter Abblassung und feinster Abschuppung vollständig zurück, bei anderen entwickelte sich vorher auf ihrer Spitze ein minimales Bläschen oder eine kleine Pustel, die aber bald eintrockneten, worauf die Involution in der angegebenen Weise erfolgte. Niemals kam es zur Vereiterung des ganzen Knötchens oder zur Entstehung eines noch so kleinen Geschwürs. Während sich so die alten Papeln zurückbildeten, traten an anderen Stellen immer wieder neue auf, doch bestanden auf einer Extremität, am Rumpfe oder im Gesicht gleichzeitig nie mehr als je 4—8. Die Efflorescenzen ähnelten am meisten denen des Lichen syphiliticus, zeigten aber nicht die geringste Neigung zur Gruppenbilduug oder zu sekundärer Dissemination in ihrer Nachbarschaft. Bemerkenswert ist noch, dass es in ihrem Gefolge zu akuter Schwellung zahlreicher Lymphdrüsen am Halse, in den Achselhöhlen und in der Inguinalgegend kam und dass in der vierten Krankheitswoche auf der Lippen- und Zungenschleimhaut miliare Eruptionen auftraten, die sich alsbald in oberflächliche Geschwürchen verwandelten.

Die mikroskopische Untersuchung der Hauteffloreszenzen nach dem Tode des Pat. zeigte, dass der epidermoidale Teil des Knötchens einen etagenförmigen Bau hatte, indem abwechselnd zwischen Schichten gewucherter Hornhaut Exsudatschichten lagen, die aus serofibrinösem Exsudat mit spärlichen Leukocyten, Zellnekrosen und Kernresten bestanden, darunter aber fand sich ein im Papillarkörper gelegener 1—2 mm breiter, linsenförmiger Tuberkel mit ausserordentlich zahlreichen Tuberkelbacillen.

Ein derartiger Fall von disseminirten Miliartuberkeln der Haut bei allgemeiner akuter Miliartuberkulose scheint bisher noch nicht beschrieben worden zu sein. H. Müller.

J. Widowitz, Ein Fall von generalisirter Vaccine (?). Wien. klin. Wochenschrift 1896, No. 51.

Bei einem 14 Monate alten, am oberen Teile der Brust, am Halse und an den Oberarmen mit einem fast geheilten trockenen Ekzem behafteten Kinde entstand am 4. Tage nach der an anscheinend gesunden Hautstellen vorgenommenen Impfung unter hohem Fieber nach vorgängiger starker Rötung und Schwellung nicht nur auf den ekzematösen, sondern auch auf bis dahin intakten Partieen der Brust, der Ober- und Unterarme und des Gesichts, sowie vereinzelt auf der Lippen- und Gaumenschleimhaut ein papulöser Ausschlag. Die Knötchen verwandelten sich alsbald in gedellte Bläschen und Pusteln, welche durchaus den Eindruck von Vaccinepusteln machten und erst nach 3 Wochen mit Hinterlassung von Narben abzuteilen begonnen.

Da alle Pusteln gleichzeitig mit den an den Impfstellen auftretenden entstanden, glaubt Verf., dass in diesem Falle nicht gut an eine äussere Uebertragung des Impfstoffes gedacht werden könne, zumal auch vorher ganz gesunde Hautpartieen befallen wurden, sondern dass sich die Krank-

heitserreger auf dem Wege der Lymph- und Blutbahnen verbreiteten, es sich also um eine wahre generalisirte Vaccine handelte. H. Müller.

F. Kleinhans, Ueber metastatisches und gleichzeitiges Vorkommen von Krebs in der Gebärmutter und in anderen Unterleibsorganen. Prager Zeitschr. f. Heilk. 1896. XVII. S. 97.

Es wird zunächst ein primäres Ovarialcarcinom beschrieben, von dem aus sich Metastasen entwickelt hatten in der Bauchnarbe, den retroperitonealen und Leistenlymphdrüsen, sowie in der Gebärmutter. Grösseres klinisches Interesse gewinnt der Fall dadurch, dass die Lymphdrüsenmetastasen im Becken operativ angegriffen wurden, ein Vorgehen, welches der Verf. überall da nachzuahmen empfiehlt, wo bei der Exstirpation von Eierstockgeschwülsten sich die Lymphdrüsen als deutlich infiltrirt nachweisen lassen.

In dem zweiten Falle bestand ein primäres Uteruscarcinom mit Sekundärerscheinungen in der Leber, den mesenterialen, retroperitonealen und inguinalen Lymphdrüsen. Als besonders bemerkenswert wird hier eine auffallende Kleinheit des primären Herdes und die rasche Metastasenbildung hervorgehoben. A. Martin.

M. J. Comby, Les hémorragies dans la vulvo-vaginite des petites filles. Gaz. des hôp. 1896, No. 130.

Verf. beschreibt als seltene Komplikation der gonorrhoischen Vulvovaginitis der kleinen Mädchen ziemlich starke Blutungen, welche von fleischigen, zerreisslichen und leicht blutenden Wucherungen, um das Orificium extern. urethrae gelegen, herrühren. Andererseits kann auch ein wirklicher Prolaps der Harnröhrenschleimhaut beobachtet werden. — Die Therapie besteht in antiseptischer Behandlung der Gonorrhoe und in Höllensteinätzungen der Wucherungen, in seltenen Fällen im Abtragen des Prolaps mit dem Messer. A. Martin.

J. H. Pilliet, Notes sur les lésions inflammatoires du muscle utérin. Gaz. hebd. 1896, No. 36.

Verf. kommt zu folgendem Schlusse: Es besteht eine unbestreitbare parenchymatöse Metritis entzündlichen Ursprungs, als Folge einer Infektion, ausgehend vom Uterus-collum, oder von der Mucosa des Uteruscorpus oder auch von der Tube am Uebergang in den Uterus. Er unterscheidet 2 Formen derselben:

1. Parenchymatöse Metritis des Collum uteri,
2. „ „ „ Corpus „

und zwar akute oder subakute, angiomatöse oder seröse. Die Grenzen liegen sehr nahe, da der entzündliche Prozess sich bei allen gleichmässig den Gefässen entlang erstreckt. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **19. Juni.** **No. 25.**

Inhalt: Mörner, Ueber die Zusammensetzung der „Gährströmlinge". — Antenrieth, Vorkommen von Jod im Malachit. — v. Moraczewski, Ueber den Chlor- und Phosphorgehalt des Blutes in Krankheiten. — de Haan, Ueber den Stoffwechsel bei Lebercirrhose. — Ajello und Parascandolo, Ptomaïne als Ursache des Verbrennungstodes. — Hoffa, Operation der angeborenen Hüftgelenkverrenkung. — Tixier, Ueber die akute Osteomyelitis der Greise. — Heckenstein, Autoskopie des Nasenrachenraumes. — Meyer, Ueber maligne Adenome der Schilddrüse. — Stern, Ueber die Serodiagnostik. — Achard, Uebergang des Agglutinins durch die Placenta. — Vellon und Zuber, Vorkommen von Anaëroben im fötiden Eiter. — Köster, Zur Therapie der Anaemia splenica. — Neurath, Ueber Larynxsyphilis im Kindesalter. — Burger, Intensität der Mundverdauung bei Magenkranken. — Richter, Leukämie und Erysipel. — Allard, Ueber die tetanisirende Wirkung des faradischen Stromes. — Kapsammer, Einfluss der Ischiadicusdurchschneidung auf die Callusbildung. — Remak, Ein Fall von akuter multipler Neuritis. — Erb, Syphilis und Tabes. — Bernhardt, Ueber Rückenmarkserkrankung bei Keuchhusten. — Hertel, Benson, Marinesco, Bertrand, Fälle von Akromegalie mit Augenkomplikationen. — Nammack, Pilocarpin bei Urticaria. — Neumann, Zur Aetiologie der Syphilis maligna. — Colombini, Fall von Pentosurie und Xanthoma diabeticorum. — Territsch, Hautpigmentirung beim Morbus Addisonii. — Guinard, Kaliumcarbid bei Uteruscarcinom. — Boursier, Fall von Prolaps der hinteren Vaginalwand. — Neumann, Prophylactische Dammincisionen. — Gilford, Beitrag zur Statistik der Ventrofixation.

C. Th. Mörner, Ueber ein eigentümliches Nahrungsmittel nebst einigen Beobachtungen über darin angetroffene Fäulnisbasen. Zeitschr. f. phys. Chem. XXII. S. 514.

In gewissen Gegenden Schwedens werden Fische, namentlich Strömlinge, einer eigentümlichen Gährung unterworfen, indem man sie nach dem Fang ausnimmt, sorgfältig abspült, in Holztonnen bringt, mit alter gesättigter Strömlingslake übergiesst und die Tonnen 4—5 Wochen meistens in der Sonne, unter Umständen, wenn die Gährung zu heftig wird, auch im Schatten aufbewahrt. Bei dieser Gährung entsteht, wie Vf. nachgewiesen hat, Kohlensäure, Schwefelwasserstoff und reichlich Methylmercaptan, durch die Analyse des Bleisalzes nachgewiesen. Die Untersuchung der „Gährströmlinge" selbst ergab eine grosse Reihe von Verbindungen, welche unzweifelhaft

Fäulnisprodukte sind, während andere, die man hätte erwarten sollen, fehlten. Von Säuren wurden gefunden: Bernsteinsäure, flüchtige Fettsäuren, die Buttersäure sehr überwiegend, feste fette Säure, von gespaltenem Neutralfett herrührend; von Basen: Ammoniak, Methylamin, wenigstens sehr wahrscheinlich, ausserdem ziemlich reichlich Dimethylamin, Trimethylamin und Cholin; endlich von indifferenten Stoffen:. Leucin (aber kein Tyrosin), Aethylalkohol und Aceton, beide in sehr geringer Quantität. Dagegeu fehlten: Indol, Skatol, Phenol, Putrescin und Cadaverin. Der Gährungsprozess ist also nicht mit der Fäulnis zu identificiren, sondern als Abkürzung derselben aufzufassen, für deren Ursache sich verschiedene Möglichkeiten denken lasseu (vergl. das Original). M. knüpft hieran noch einige Beobachtungen über Zusammensetzung, Schmelzpunkt und Löslichkeitsverhältnisse der Quecksilberverbindungen des Dimethylamins, Trimethylamins und des Cholins. E. Salkowski.

W. Antenrieth, Ueber das Vorkommen von Jod im Malachit. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 508.

Verf. wirft die Frage auf, ob die jodhaltigen Algen, welche das Jod in organischer Verbindung enthalten, das Jod ausschliesslich aus dem Meerwasser aufnehmen und nicht auch aus jodhaltigen Gesteinen, auf welchen sie aufsitzen. Verf. hat schon früher gelegentlich Jod in einem Malachit gefunden, diese Beobachtung aber nicht weiter beachtet. Sie hat jetzt seit der Entdeckung des normalen Vorkommens von Jod im Organismus eine erhöhte Bedeutung erhalten. Die quantitative Bestimmung des Jods ergab in den einzelnen Stücken des Malachits einen zwischen 0,08—0,4 pCt. schwankenden Gehalt hieran neben 1,8—5,5 pCt. Chlor. Alle sonst untersuchten Malachite enthielten kein Jod. Verf. macht noch darauf aufmerksam, dass in 10—15 g Aetznatron sich fast immer deutlich Jod nachweisen lasse, man müsse daher für diese Untersuchungen das aus Natriummetall dargestellte Aetznatron benützen. E. Salkowski.

W. v. Moraczewski, Ueber den Chlor- und Phosphorgehalt des Blutes bei krankhaften Zuständen. Virchow's Archiv. Bd. 146. S. 424.

Früher (Virch. Arch. Bd. 139) hatte Verf. gefunden, dass bei Anämieen eine Chlorvermehrung im Blute eintritt, die als Chlor-Retention aufgefasst wurde, da die Chlorausscheidung durch den Harn vermindert war. Eine Abnahme der Chlorausscheidung durch den Harn findet sich nun bei einer grossen Zahl, besonders fieberhafter, Erkrankungen und die Frage war, ob in allen diesen Fällen der Chlorgehalt des Blutes wie bei Anämie, gleichfalls vermehrt war. Verf. stellte darum an 28 Personen vergleichende Untersuchungen des durch Schröpfkopf gewonnenen Blutes und des Harnes an; in ersterem wurde quantitativ Chlor, Phosphor, Calcium, in letzterem Chlor, Phosphor, Schwefel, Harnstoff, Harnsäure bestimmt. Zur Untersuchung kamen an akuten Krankheiten (Pneumonie, Typhus abdominalis), an chronischen (Nephritis, Blei-Intoxikation) Leidende und Personen, die längere Zeit Silber- oder Quecksilbersalze aufgenommen hatten.

Bei den akuten Prozessen verhielt sich das Blut umgekehrt wie bei Anämie, d. h. es enthielt wenig Chlor, viel Phosphor. Da bekanntlich der Harn in akuten Krankheiten auch wenig Chlor und viel Phosphor enthält, giebt er ein Bild von der Beschaffenheit des Blutes. Bei Nephritis waren die Resultate nicht eindeutig. Bei Blei-Intoxikation liegen die Dinge wie bei der Anämie. Auch nach Silber- und Hg-Anfnahme (Schmierkur) fand sich eine Zunahme des Chlors mit oder ohne gleichzeitige Phosphorzunahme im Blute, wobei im Harn die Erdphosphate und die Harnsäure gesteigert, die Chloride vermindert waren. Aus der Uebereinstimmung dieser Befnnde mit denen bei Anämie schliesst Verf., dass sie auch hier als Symptome einer erzeugten Anämie anzusehen seien, die lange vor dem Anftreten der klinischen Symptome durch Chlorvermehrung im Blute angezeigt zu werden scheinen.

Die gegenüber der, in den letztgenannten Versuchen gefundenen, Chlorvermehrnng im Blute — der diffusen Chlor-Retention — ermittelte Abnahme des Chlors im Blnte bei fieberhaften aknten Prozessen möchte Verf. gleichfalls auf eine Anhäufnng desselben, aber in irgend einem nicht gekannten Organ beziehen. A. Loewy.

J. C. J. Bierens de Haan, Over de Stoffwisseling bij Levcirrhose. Inaug.-Dissert. Leiden, 1896.

Die Untersuchungen sind an fünf Fällen von Lebercirrhose auf der Rosenstein'schen Klinik angestellt. — Verf. giebt zunächst eine sehr umfassende Darstellnng unserer bisherigen Kenntnisse des Stoffwechsels bei Lebercirrhose, beschreibt dann die angewandte Methodik der Untersuchung des Harns (auf N, Harnstoff, NH_3, Zucker, Albumosepepton) und der Fäces (N, Fett), die der auch bei uns üblichen entspricht, nnd bringt dann die Krankengeschichten nnd anknüpfend daran die Resultate der Stoffwechselversnche in Tabellenform. Es folgen genaue analytische Belege. Auch die Nahrungsmittel wurden analysirt.

Seine Resultate sind: 1. Bei reicher Calorienzufuhr ist N-Gleichgewicht, ja N-Retention bei Cirrhose nicht schwer zu erzielen. 2. Die Schwankungen des N-Wechsels sind träger, d. h. sie verlaufen langsamer als bei Gesunden auf Aenderungen der Nahrungszufuhr. 3. Die Resorption von Eiweiss hat nur wenig, die von Fett erheblicher gelitten. 4. Die Fettspaltung hat sehr stark gelitten, damit in Uebereinstimmung findet man nie grössere Mengen von Fettsäurekrystallen in den Fäces. 5. Ein Fall von chronischem Icterus zeigte pathologisch gesteigerten Eiweisszerfall, den Verf. toxischen Produkten zuschreibt. A. Loewy.

G. Ajello nnd **C. Parascandolo,** Die Ptomaïne als Ursache des Verbrennungstodes. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 34.

Die Versuche der Verff. an Fröschen, Meerschweinchen und Hunden znr Feststellung des Anteils von Ptomaïnen am Verbrennungstode haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

1. Im Muskelfleisch, den Organen, weniger im Blnt Verbrannter existirt ein giftiges Ptomaïn.

Digitized by Google

2. Mit Hinsicht auf die Verschiedenheit der Symptome haben die Toxine des Proteus nichts mit dem Verbrennungstode zu thun.

3. Auch die anatomische Alteration der Organe oder des Blutes ist nicht die Ursache des Verbrennungstodes, der erst nach Resorption und Verbreitung der lokal erzeugten Ptomaïne auftritt.

4. Auch ist die Theorie abzulehnen, nach der die stets im Körper vorhandenen Ptomaïne erst infolge der Verbrennung ihre schädliche Wirkung entfalten können, da ihre Unschädlichkeit erwiesen ist.

5. Die aus ausserhalb des Körpers verbrannten Geweben erzeugten Ptomaïne sind identisch mit den vom lebend verbrannten Tier gewonnenen.

6. Die Ptomaïne entstehen in grösserer Menge und Virulenz in den Muskeln, als in den Eingeweiden, am wenigsten im Blute.

7. Mit diesen Ptomaïnen injicirte Tiere gehen unter den gleichen Erscheinungen zu Grunde, wie direkt verbrannte Tiere.

8. Das Blut injicirter Tiere ist ebenso verändert, wie das verbrannter.

9. Diese durch Ptomaïne bewirkte Intoxikation, erst lokal, wird durch Resorption und Diffusion eine allgemeine.

10. Der Verbrennungstod ist eine Folge der Resorption von Ptomaïnen, welche durch chemische Veränderung der verbrannten Teile entstehen.

11. Die sofortige Abtragung des verbrannten Teils verhindert die Resorption der Ptomaïne, das Auftreten der Vergiftungssymptome und den Tod.

12. In späterer Periode kann nach künstlicher Anämisirung die Transfusion gesunden Blutes oder künstlichen Serums die schon eingetretenen Symptome zum Schwinden bringen und den Tod verhindern.

M. Rothmann.

S. Fränkel und **Ed. Spiegler,** Zur Aetiologie des Verbrennungstodes. Wien. med. Bl. 1897, No. 5.

Die Annahme, dass der rasche Tod nach schweren Verbrennungen auf einer akuten Intoxikation infolge eines pathologischen Eiweisszerfalls beruhe, schien bereits in dem Nachweis des Pyridins in dem Harn schwer Verbrannter eine Stütze zu finden. Da die Verff. nachweisen konnten, dass bei der künstlichen Eiweissspaltung ausser der Pyridinbase andere charakteristische Veränderungen vorhanden waren, so suchten sie nach diesen Substanzen im Harn bei 4 Fällen von lokalen Verbrennungen. Es gelang nun, ausser der Pyridinbase in sämmtlichen Fällen eine durch reichlichen Gehalt von bleischwärzendem Schwefel ausgezeichnete, mit wässeriger concentrirter $HgCl_2$ Lösung quantitativ ausfällbare Substanz und eine andere alkalische Kupferlösung in der Hitze stark reducirende, dabei nicht gährungsfähige, optisch inaktive Substanz, die wohl von der Kohlehydratgruppe des Eiweiss abstammt, darzustellen. Die mit dem Schwefel verbundene organische Substanz ist entweder Cystein selbst, oder steht diesem sehr nahe.

Die Verff. halten hierdurch den Nachweis für erbracht, dass beim Verbrennungstode ein pathologischer Zerfall von Eiweiss in grossem Maassstabe stattfindet, und glauben, dass diesen Harnreaktionen eine prognostisch ungünstige Bedeutung zukommt.

M. Rothmann.

Digitized by Google

A. Hoffa, Die Endresultate der angeborenen Hüftgelenkverrenkungen. (Aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik des Privatdocenten Dr. A. HOFFA in Würzburg.) Arch. f. klin. Chir. LI. S. 60.

Verf. berichtet über 112 von ihm bei Luxat. coxae cong. ausgeführte Operationen, darunter 9 doppelseitige Pseudarthrosenbildungen und eine doppelseitige Resektion, während die übrigen alle blutige Repositionen waren. Es handelte sich im Ganzen um 82 Patienten, da 60 Operationen doppelseitige waren. Von diesen 82 Patt. starben 7, nämlich 3 an intercurrenten Leiden und 4 in direkter Folge nach der Operation. In der letzten Zeit hat sich die Technik der Operation und der im Wesentlichen in Tamponade mit steriler Gaze während der ersten Tage bestehenden Nachbehandlung so verbessert, dass von den letzten 47 Operirten keiner gestorben ist. Man kann übrigens durch die bestgelungene Reduktion einer Luxat. cox. congen. nicht normale Verhältnisse schaffen. Dieselben gleichen vielmehr einer Coxa vara. Der Trochanter steht über die Roser-Nélaton'sche Linie hinaus, das Bein ist verkürzt durch die höhere Lage der neugebildeten Pfanne, die Kürze des Schenkelhalses und des Femurs in toto, und die Funktion behindert durch die Atrophie des M. glutaeus med. und minimus. Von der Reaktivirung dieser Muskeln hängt die spätere Funktion des Gelenkes ab; zunächst ist dessen Exkursion beschränkt, da Kopf und Pfanne nie ganz kongruent miteinander gebildet werden können. Ankylose war in 9 Fällen der Ausgang der Operation (darunter nur 1mal nicht in einem Falle von Eiterung) und spielt deren Zustandekommen bei zu frühzeitiger Aufnahme der forcirten passiven Bewegungen eine Rolle. Ankylose in indifferenter Stellung ist übrigens bei einseitiger Luxat. congen. kein ungünstiges Ereignis, sondern nur bei doppelseitiger Erkrankung zu befürchten. Nachträgliches Eintreten von Steifigkeit oder arthritischen Prozessen hat Verf. dagegen nie gesehen; die neugebildeten Gelenke bleiben und Kopf wie Pfanne vergrössern sich gleichmässig, so dass die Verkürzung allmählich geringer wird. Reluxation nach vorn wurde in den ersten 4 Fällen gesehen, in denen die Pfanne unberührt gelassen war, in 4 anderen war der vordere Rand der Pfanne zu flach ausgefallen. Man muss zur Verhinderung der Reluxation, die übrigens kein schlechtes funktionelles Resultat liefert, die Pfanne möglichst tief ausgraben und den abgeplatteten Kopf stark nach einwärts fixiren. In den übrigen Fällen war das Resultat ein gutes, wenn auch völlige Restitutio in integrum ausgeschlossen bleibt.

Ein besonderes Kapitel ist der Technik der Operation gewidmet; wir können aus demselben nur die Prinzipien hervorheben: völlige Schonung der Gesässmuskulatur durch einen vom oberen vorderen Rand des Trochanter $^1/_2$ cm entfernten Schnitt, Spaltung des durch die geschrumpfte vordere Kapsel gebildeten Repositionshindernisses und Abtragung des Lig. teres und Ausarbeitung einer nicht nur tiefen, sondern auch breiten Pfanne. Bei der Reposition durch Extension ist, wenn manuelle Kraft nicht ausreicht, der Lorenz'sche Schraubenapparat zu verwenden, Repositionshindernisse sind unblutig zu beseitigen. Die Nachbehandlung beginnt nach Schluss der Incision in der 2.—3. Woche. P. Güterbock.

L. Tixier, Ostéomyélite aiguë de l'omaplate chez un homme de 58; ostéomyélite aiguë des veillards. Gaz. hebd. 1896, No. 49.

An die Geschichte des in der Ueberschrift gekennzeichneten Patienten, der nach zweimonatlicher, akut entwickelter Krankheit wenige Tage nach der Sequesterextraktion kachektisch starb, schliesst Verf. eine Zusammenstellung von 30—35 Fällen von Osteomyelitis scapulae, von denen aber höchstens 2 ebenfalls über 50 Jahre alte Menschen betrafen. Die Erkrankung sass in dem Falle Verf.'s, im Gegensatz zu den meisten fremden Beobachtungen, an einer von der Gelenkgegend fernen Stelle. In der ganzen Sammlung Ollier's fanden sich nur 6, Patt. von über 50 Jahren betr. Fälle. Verf. möchte diese als Osteomyelitis der Greise denen der Osteomyelitis der Erwachsenen bei Leuten von 25—50 Jahren und der noch häufigeren bei jüngeren Personen gesehenen Form gegenüberstellen.

P. Güterbock.

Heckenstein, Die Autoskopie des Nasenrachenraumes. Arch. f. Laryngol. Band 5.

Die Autoskopie wird am herabhängenden Kopf bei jeder Beleuchtung ausgeführt und gewährt die Möglichkeit, unter direkter Betrachtung Nasenrachentumoren, Adenoide etc. zu operiren. W. Lublinski.

Meyer, Ueber maligne Adenome der Schilddrüse. Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. V.

Das maligne Adenom der Schilddrüse ist eine nicht häufig vorkommende Erkrankung, die sich klinisch durch ihren langsamen Verlauf, anatomisch von dem Carcinom so deutlich unterscheidet, dass sie von demselben geschieden werden muss. Zu diesem Resultat kommt Verfasser auf Grund eines durch Suffokation tödlich verlaufenden Falles, der genau beschrieben und untersucht wurde. W. Lublinski.

Stern, Ueber Fehlerquellen der Serodiagnostik. Berl. klin. Wochenschrift 1897, No. 11/12.

St. weist darauf hin, wie wichtig in epidemiologischer und klinischer Beziehung eine sichere Diagnose des Abdominaltyphus ist, und hält die Serodiagnostik für absolut sicher, sobald Fehlerquellen vermieden werden. Wenn nach der Vorschrift von Widal genau verfahren wird, dass das Serum 1 : 15 verdünnt angewandt wird, so tritt häufig eine Agglutination auf; ja St. hat bei einem Patienten, welcher sicher nicht an Typhus litt und niemals Typhus durchgemacht hatte, noch in einer Verdünnung von 1 : 40 bei mikroskopischer Betrachtung eine agglutinirende Wirkung feststellen können. Er verlangt daher, dass die bei der Reaktion zur Verwendung kommenden Kulturen zunächst geprüft werden, in welcher Concentration normales Blutserum noch eine agglutinirende Wirkung ausübt. Nachdem diese Grenze mit Sicherheit festgestellt ist, braucht man in der Verdünnung nur weiter zu gehen, um gegen Täuschungen gesichert zu sein. Werden nicht stärkere Concentrationen als 1 : 50 (bis 1 : 2000 und darüber

waren Typhussera wirksam) angewandt, so ist die makroskopische Reaktion bedeutend sicherer und feiner, als die mikroskopische.

Eine zweite Fehlerquelle beruht darin, dass die Reaktion häufig erst spät auftritt. Während Widal anfangs angab, sie wäre stets bis zum 7. Krankheitstage vorhanden, sind nachträglich mehrere Fälle berichtet, wo die Reaktion erst einige Wochen nach Beginn der Krankheit auftrat. Es sprechen also negative Resultate im Beginn der Krankheit lediglich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit gegen Typhus, jedenfalls ist bei dem Verdacht auf Typhus dann die Reaktion öfter zu wiederholen.

Eine dritte Fehlerquelle ist dadurch gegeben, dass der positive Ausfall der Serodiagnostik nach Ueberstehen eines Typhus noch Monate, selbst Jahre lang bestehen bleiben kann. Dies kann bei einer späteren Krankheit leicht zu einer Fehldiagnose führen, zumal die spezifischen Blutveränderungen auch bei ganz leichten Typhuserkrankungen, wo Krankheitserscheinungen gar nicht konstatirt worden sind, eintreten. Allein in den weitaus meisten Fällen nimmt die agglutinirende Wirkung des Blutserums bald ab und es lässt sich hoffen, dass genaue Messungen der agglutinirenden Wirkung diese letzte Fehlerquelle noch weiter einschränken werden.

H. Bischoff.

Achard, Sur le passage de la propriété agglutinante à travers le placenta. Compt. rend. 1897, No. 9.

A. hat die Frage des Uebergehens der agglutinirenden Wirkung des Blutes durch die Placenta genauer experimentell erforscht. Er impfte Meerschweinchen mit einer pathogenen Proteusart und mit Cholera. Er fand bei einem Tiere, welches während eines Monats einige Injektionen erhalten hatte, im Muttertiere starke Reaktion, während beim Fötus nur eine sehr schwache bestand. Bei anderen Versuchen, welche sich über eine längere Zeit erstreckten und wo zahlreichere Injektionen vorgenommen wurden, war die Reaktion im Blute des Jungen stark und bestand auch noch eine gewisse Zeit nach der Geburt. Bei positivem Ausfall darf die agglutinirende Wirkung des Fötalblutes nicht auf eine intrauterine Infektion zurückgeführt werden, denn totgeborene Junge waren steril und die überlebenden zeigten keine Krankheitserscheinungen. Es muss der Uebergang durch Diffusion erklärt werden. Die gesunde Placenta, welche fähig ist, die Keime zurückzuhalten, setzt den Agglutininen nicht eine unüberwindliche Schranke; wie ein Porzellanfilter hält die Placenta nur einen Teil zurück, während viele hindurchgehen. Da wo die Reaktion mit dem Fötalblute negativ ausfiel, führt dies A. darauf zurück, dass das Muttertier nur wenige Injektionen erhalten hatte, wo häufiger injicirt worden war, waren die Agglutinine im Fötalblute stets nachweisbar. H. Bischoff.

Vellon et Zuber, Sur quelques microbes strictement anaérobies et leur rôle dans la pathologie humaine. Compt. rend. de la soc. de biol. 1897, No. 9.

Wenn Verff. das gangränöse Gewebe oder den fötiden Eiter bei Appendicitis, Bartholinitis etc. mikroskopirten, so fanden sie stets eine beträcht-

liche Menge Mikroorganismen, während beim Anlegen von Kulturen meist nur wenige Kolonien aufgingen, ab und zu die Platten sogar steril blieben. Dies veranlasste Verff., unter Abschluss von Sauerstoff Kulturversuche vorzunehmen. Sie konnten so verschiedene streng anaërobe Bakterien züchten, welche sie in mehreren Fällen wiederfanden. Diese Anaëroben waren so zahlreich, dass daneben vorkommende Koliarten oder Streptococcen ganz in den Hintergrund traten. Infolgedessen schliessen Verff., dass die Anaëroben, welche sie in Abscessen mit fötidem Eiter gefunden haben, die Erreger sind, dass diese die Gangrän der Gewebe hervorrufen. In dieser Ansicht wurden sie dadurch bestärkt, dass die Bakterien auch für Tiere pathogen waren. Demnach würden in der menschlichen Pathologie ausser dem Tetanusbacillus und dem Bacillus des malignen Oedems noch andere streng anaërobe Bakterienarten eine Rolle spielen. In einer späteren Arbeit stellen Verff. eine genaue Beschreibung der einzelnen Bakterien und der angewandten Züchtungsmethode in Aussicht. H. Bischoff.

H. Köster, Zur Therapie der Anaemia splenica. Cbl. f. inn. Med. 1896, No. 4.

K. erzielte bei einem Falle von Anaemia splenica (Pseudoleukaemia lienalis) ein überaus günstiges Resultat durch Sauerstoffinhalationen. Es handelte sich um einen 44jährigen Mann, bei dem die Zahl der roten Blutkörperchen auf 800,000, der Hämoglobingehalt auf 25 pCt. gesunken war; dabei zahlreiche Poikilo- und Mikrocyten nebst kernhaltigen roten Blutkörperchen, weisse Blutkörperchen nicht vermehrt, einzelne eosinophile Zellen. Temperatur 39, Puls 126. Nach Arsenik und China Verschlimmerung, Delirien, hochgradige Dyspnoe. Darauf Einatmung von 4 Litern Sauerstoff; derselbe befand sich in einer Flasche mit doppeltdurchbohrtem Kork, mit 2 Glasröhren, von denen die eine bis zum Boden der Flasche reichte und an ihrem freien Ende einen Trichter trug, die andere, winklig gebogene, nur bis in den Hals der Flasche reichte und einen Gummischlauch trug; tröpfelte man nun Wasser in den Trichter, so wurde der Sauerstoff ausgetrieben und mittelst eines am Ende des Gummischlauchs befindlichen Trichters vom Patienten tief eingeatmet. Der Erfolg war ein überraschender: schon nach der ersten Einatmung liess die Dyspnoe nach und bei täglichen Inhalationen von 4 Litern Sauerstoff besserte sich der Zustand sehr schnell. Später wurden Arsen und Chinin weiter verabreicht. Am Schluss der Behandlung war die Zahl der roten Blutkörperchen 3,800,000, Hämoglobingehalt 75 pCt., Milz normal. K. Kronthal.

R. Neurath, Beitrag zur Larynxsyphilis im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilkde. XLI. S. 292.

Kehlkopfsyphilis ist im Kindesalter eine relativ seltene Erkrankung. Der Fall, den Verf. beschreibt, betrifft ein 6jähriges Mädchen, das Erscheinungen hochgradiger Kehlkopfstenose bot. Die Syphilis war wahrscheinlich in den ersten Lebensjahren acquirirt. Es bestand ein grosser Defekt des harten Gaumens, Narben im Pharynx und ausgedehnte Zerstörungen

im Kehlkopf. Bei Gebrauch einer Schmierkur gingen die Erscheinungen rapide zurück, als das Kind inmitten der scheinbaren Besserung plötzlich und ganz unerwartet verstarb. Die Sektion ergab: Ulcera luetica laryngis. Defectus epiglottidis et palati duri e lue. Cicatrices hepatis. Dilatatio cordis e paralysi. Stadthagen.

F. Burger, Ueber die Intensität der Mundverdauung bei Gesunden und Magenkranken. Münch. med. Wochenschrift 1896, No. 10.

Verf. hat durch eine Reihe einschlägiger Versuche an gesunden und magenkranken Personen festgestellt, dass die Mundverdauung (Amylolyse) von Störungen der Magensekretion vollständig unabhängig ist. Es schien in einzelnen Fällen, als ob durch eine grössere Mahlzeit, etwa ein starkes Mittagessen, bei einzelnen Gruppen der Versuchspersonen eine schnellere Erschöpfung der Fähigkeit der Speicheldrüsen eintrete, als dies bei Gesunden der Fall war. Doch liess sich über diese Frage etwas Genaues nicht feststellen. Ausser an Gesunden wurden die genannten Versuche vorgenommen an:

1. Magenkrebskranken mit völligem Fehlen freier Salzsäure,
2. Kranken mit Hyperacidität des Magensaftes,
3. Kranken mit Subacidität des Magensaftes. C. Rosenthal.

P. F. Richter, Leukämie und Erysipel. Charité-Annalen. XXI. Jahrgang.

Ein 21jähriges Mädchen, das an unzweifelhafter Leukämie litt (erheblicher Milztumor; 320—380,000 weisse Blutkörperchen bei 3,200,000 bis 3,500,000 Erythrocyten; Leukocyten zur Hälfte mono-, zur Hälfte polynucleär; eosinophile Zellen stark vermehrt), wurde von einem Erysipel befallen, das sich rasch über das ganze Gesicht verbreitete. Unter dem Einflusse desselben verkleinerte sich der Milztumor deutlich; die Zahl der Leukocyten verminderte sich erheblich, bis auf 56,000, schwankte während und unmittelbar nach dem Erysipel, liess aber während der ganzen Zeit eine deutliche Verminderung erkennen. Aber auch qualitativ veränderte sich das Blut: die mononucleären Zellen traten fast ganz aus dem Bilde zurück und es fand sich ein deutliches Ueberwiegen der polynucleären, so dass das Blut fast ganz seine leukämische Beschaffenheit verlor und anstatt dessen die sogen. leukocytotische erhielt; daneben traten kernhaltige rote Blutkörperchen auf, die vorher vermisst wurden. Obgleich diese Verhältnisse des Blutes allmählich den früheren wieder Platz machten, so war doch nach Ablauf des Erysipels das Allgemeinbefinden der Patientin in günstigem Sinne geändert, so dass sie erheblich gebessert aus dem Krankenhause entlassen werden konnte. — Aehnliche Fälle von dem bessernden Einfluss verschiedener akuter Infektionskrankheiten auf Leukämie sind schon früher beschrieben worden. Es handelt sich bei diesen complicirenden Infektionskrankheiten fast ausschliesslich um solche, die auch sonst die Leukocyten vermehren, zu einer Leukocytose führen (z. B. eitrige Pleuritis); bei der Leukocytose aber handelt es sich um eine nicht nur relative, sondern absolute Vermehrung der polynucleären Zellen, d. h. also derjenigen funktionsfähigen Elemente des normalen Blutes, die bei der Leuk-

ämie nur in der Minderzahl gebildet werden. Eine vermehrte Anschwemmung vielkerniger Zellen in das Blut wird, wenn zu der Leukämie eine Hyperleukocytose tritt, den Blutbefund dem normalen nähern; die anfängliche Erhöhung der Zahl der weissen Blutkörperchen über die schon erheblich vermehrte Zahl hinaus wird bald dadurch überkompensirt werden, dass — wie auch in der Norm — die in der Mehrzahl befindlichen polynucleären Zellen einem rascheren Zerfall unterliegen, als die früheren einkernigen. In dieser sehr intensiven Regeneration der Bluthildung sieht Verf. die Ursache der eintretenden Besserung; einen Beweis für diese lebhafte Regeneration findet er auch in der starken Vermehrung der kernhaltigen Erythrocyten, die im Verlaufe des Erysipels auftrat. — Auf Grund dieser Annahmen machte Verf. in einem Falle von lienal-lymphatischer Leukämie intravenöse Injektionen mit Zimmtsäure, d. h. mit einem sehr intensive Leukocytose erregenden Mittel. Es folgte fast unmittelbar ein sehr erhebliches Ansteigen der Leukocytenmenge bei beträchtlicher Vermehrung der polynucleären und Verminderung der einkernigen Formen; auch kernhaltige rote Blutkörperchen, die vorher fehlten, traten auf. Aber diese Veränderung des Blutbefundes hielt nur kurze Zeit an. Perl.

F. Allard, Du nombre des excitations électriques nécessaire pour produire le tétanos musculaire chez l'homme. Étude physiologique et pathologique. Nouv. Montpellier méd. 1896, No. 20.

A. untersuchte die Anzahl der elektrischen Erregungen, welche nötig sind, um verschiedene Muskeln zu tetanischer Zusammenziehung zu bringen. So fand er z. B., dass zur Tetanisirung des M. biceps 18,5, des M. sup. longus 15,5, des M. tib. ant. 14 Unterbrechungen des elektrischen Reizes (innerhalb einer Sekunde) nötig sind. — Kranke, in teilweiser Entartung befindliche Muskeln (bei progressiver Muskelatrophie z. B.) beanspruchten, um in Tetanus zu geraten, bedeutend weniger Stromunterbrechungen in einer Sekunde, als gesunde Muskeln, welche sich prompt kontrahiren, während die kranken Muskeln sich zugleich durch die Trägheit und Langsamkeit auszeichnen, mit welcher sie auf den elektrischen Reiz antworten. Man hat so in der Anzahl der tetanisirenden Erregungen ein Maass für die Langsamkeit der Muskelkontraktion und kann so zu verschiedenen Zeiten entweder ein Fortschreiten des Leidens oder den Beginn einer Regeneration leicht und sicher feststellen. Man wird sich für die Praxis zweckentsprechend solcher Apparate bedienen, welche gestatten, die Zahl der Unterbrechungen festzustellen und nach Belieben zu variiren. Bernhardt.

G. Kapsammer, Callusbildung nach Ischiadicusdurchschneidung. Wiener klin. Wochenschr. 1897, No. 13.

Nach Durchschneidung des N. ischiadicus (bei Hunden) tritt bei Frakturen des Unterschenkels eine umfangreichere Callusbildung auf. Die Konsolidirung dieses Callus erfolgt jedoch später, als bei normaler Innervation.

Bernhardt.

Digitized by Google

E. Remak, Akute multiple lokalisirte Neuritis. Neurolog. Centralblatt 1896, No. 13.

Ein 30jähriger Postassistent, der im Dienste überanstrengt und der Erkältung ausgesetzt war, bemerkte beim Anziehen seines Paletots plötzlich Knacken in den Schultern und ein eingeschlafenes Gefühl am linken Arm. In den nächsten Tagen hatte er heftige Schmerzen in beiden Armen und Bewegungsstörungen, besonders aber rechts. Er zeigte eine vollständige Lähmung des rechten Deltoideus, eine Abmagerung der Fossa supra- und infraspinata, eine Sensibilitätsstörung im Bereiche des N. axillaris u. s. w. — kurz, eine degenerative Lähmung rechts des N. suprascapularis und axillaris. Links fand sich eine isolirte Lähmung des N. musculocutaneus (Lähmung des M. biceps brachii, Sensibilitätsstörung an der radialen Hälfte der Volarseite des Vorderarms). Der Fall dürfte als doppelseitige partielle Erb'sche Plexuslähmung aufzufassen sein und die Erkrankung durch Erkältung und Ueberanstrengung jener Nervenmuskelprovinzen vorbereitet gewesen sein. Das akute Einsetzen und die Lokalisation (seltene Varietät der multiplen Neuritis) rechtfertigen die Bezeichnung: akute multiple lokalisirte Neuritis. S. Kaliscber.

W. Erb, Sypbilis und Tabes. Berl. klin. Wochenscbr. 1896, No. 11.

E. berichtet auf's Neue über 200 Fälle von Tabes bei Männern aus höheren Ständen. Von diesen zeigten 7,5 pCt. keine nacbweisbare syphilitiscbe Infektion. 92,5 pCt. zeigten eine vorausgegangene syphilitiscbe Infektion, und zwar 31 pCt. nur Schanker und 61,5 pCt. auch sichere sekundäre Sypbilis. Von den 15 Nicht-Sypbilitischen waren 11 durchaus nicht unverdächtig (wegen Strikturen, Bubonen, Aborte etc.)

E. wendet sich alsdann gegen die Resultate Storbeck's, der eine Statistik der 108 Fälle v. Leyden's veröffentlichte und darunter 69,4 pCt. Nicht-Sypbilitiscbe fand. S. übersah dabei, dass unter diesen 108 Fällen 33 Weiber waren, von denen nur zwei früher syphilitisch gewesen sein sollen, was nacb E. kaum wahrscheinlicb erscbeint, denn er fand unter 9 neuen Tabesfällen bei Weibern 6 früher sicher Sypbilitische und bei zweien war der Mann sicher sypbilitisch und sie selbst hatten mehrfacb abortirt; eine war vor der Ehe wahrscheinlicb syphilitiscb gewesen. Für die tabiscben Männer allein würden selbst nach Storbeck's Statistik 60 pCt. syphilitisch gewesen sein. S. Kaliscber.

M. Bernhardt, Ueber Rückenmarkserkrankung bei Keuchhusten. D. med. Wocbenschr. 1896, No. 50.

B. weist auf die Seltenbeit hin, mit der Erkrankungen des Rückenmarks und der peripheriscben Nerven nach Kenchbusten auftreten. Zu zwei von Möbius mitgeteilten Fällen (ein Fall von Poliomyelitis acuta und ein anderer mit multipler Neuritis) wird ein weiterer Fall von Rückenmarksaffektion nach Keucbhusten hinzugefügt und ausführlich beschrieben. Bei einem 5jährigen Mädchen traten am 10. Krankbeitstage des Keucbhustens, unmittelbar im Anscbluss an einen Hustenparoxysmus ohne cerebrale Störung, nach Fieber eine starre Streckstellung der Extremitäten

und spastische Paraplegie der Beine auf. Die freie Entleerung der Blase schien gehindert, die Sehnenreflexe waren an den Beinen gesteigert, die Sensibilität herabgesetzt. Die oberen Extremitäten und Hirnnerven blieben ungestört. Im Laufe eines Jahres trat eine erhebliche Besserung der spastischen Parese ein, bis nach einer doppelseitigen Parotitis der Gang schlechter wurde und die Blasenbeschwerden zunahmen. Auch heute noch besteht eine spastische Schwäche der Beine (rechts mehr als links) und geringe Blasenstörung. Atrophien und Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit sind nicht vorhanden. Aehnlich wie Blutungen in die Hirnsubstanz bei Keuchhusten durch Gefässzerreissung zu stande kommen, dürften auch meningeale und perimedulläre Blutungen im Wirbelkanal durch Stauung bei heftigen Hustenparoxysmen vorkommen, namentlich wenn die Gefässe durch das infektiöse Agens miterkrankt sind. Eine Blutung in die Rückenmarksubstanz selbst schliesst B. trotz des apoplectiformen Beginns aus, weil bei der Spinalapoplexie (Hämatomyelie) die Lähmung hochgradiger und die Muskeln erschlafft und atrophisch zu sein pflegen. Für diesen Fall käme, ähnlich wie nach anderen Infektionskrankheiten das Vorhandensein einer akuten leichten Myelitis des untersten Dorsal- und obersten Lendenmarks in Frage, die des Ausgleichs ebensowohl fähig ist, wie die akute, nicht eitrige Encephalitis. Die Verschlimmerung der Affektion nach der Parotitis kann vielleicht durch neue Störungen und Veränderungen an dem Gefässapparate und an dem Locus minoris resistentiae im Rückenmark erklärt werden. — Jedenfalls dürften nach Keuchhusten Affektionen der peripherischen Nerven und des Rückenmarks (Poliomyelitis acuta, Myelitis unter dem Bilde spastischer Lähmung u. s. w.) vorkommen. Hysterie war in dem beschriebenen Falle auszuschliessen.

S. Kalischer.

---

1) **E. Hertel,** Beziehungen der Akromegalie zu Augenerkrankungen. Arch. f. Ophthalmol. 1895. XLI. (1.)

2) **A. Benson,** Acromegaly with ocular complication. Dublin Journal. 1895, November.

3) **G. Marinesco,** Un cas d'acromégalie avec hémianopsie bitemporale et diabète sucré. Soc. de biol. 1895, 28 juin.

4) **L. E. Bertrand,** Observation d'acromégalie (Maladie de Marie). Rev. de méd. 1895, No. 2.

1) In dem mitgeteilten Fall handelt es sich um die typischen Erscheinungen der Akromegalie, wie riesige Ausbildung der Hände, Füsse, Vorderarme und Unterschenkel, mit Hyperostose der Knochen; Hyperplasie der Haut an den Fingern, Vergrösserung des Unterkiefers, der Zunge und Unterlippe. Ferner bestanden Augenaffektionen, und zwar Verdickung der Supraorbitalränder und der Oberlider, Oculomotoriuslähmung und eine ausgesprochene temporale Hemianopsie, die den Rückschluss auf einen Hypophysistumor gestattete. Die Thyreoidea war nicht vergrössert. Die Therapie (Strychnin etc.) erwies sich als machtlos. — Eine abnorme Prominenz der Orbitalränder fand sich unter 21 Fällen von 91 Beobachtungen von Akromegalie. 17mal fand sich Exophthalmus, 6mal Nystagmus, 6mal Augenmuskellähmungen, 7mal träge Pupillenreaktion. 66mal, also in 73 pCt.

der Fälle, zeigten sich Sehnervenerkrankungen, Abnahme der Sehkraft bis zur vollständigen Erblindung, auch Neuritis optica, Atrophie. 13mal wurde ein Ausfall der temporalen Gesichtshälfte festgestellt, 6mal Stauungspapille beobachtet.

2) Der mitgeteilte Fall von Akromegalie betrifft einen 38jähr. Mann und zeichnet sich aus durch das frühe Auftreten eines centralen Farbenscotoms mit Hemianopsie; diese Sehstörung schwand nach dem Aussetzen des Tabakgebrauches und unter Gebrauch von Jodkalium; nach ca. 2 Jahren kehrte sie wieder und ging mit einer erheblichen und zunehmenden Sehschwäche einher; letztere besserte sich unter dem Gebrauch eines frischen Schilddrüsenextraktes. Thyreoideatabletten waren erfolglos geblieben. Der Fall endete später tödlich. S. Kalischer.

3) Die 30jähr. Patientin litt seit 8 Jahren an Epilepsie, die Krankheit ging aber immer mehr zurück; gelegentlich eines Anfalls erlitt sie einen heftigen Fall mit mehrstündiger Bewusstlosigkeit. Sechs Monate später begann sich eine Akromegalie, starker Durst, Polyurie, Abmagerung, allgemeine Schwäche und Schielen zu entwickeln. Die Untersuchung ergab neben den typischen Zeichen einer Akromegalie ein präsystolisches Geräusch an der Herzbasis, Oedeme an den Beinen, Pupillenstarre (L mehr als R), bitemporale Hemianopsie, Strabismus divergens et Amblyopia auf dem linken Auge, 4,8 pCt. Zucker im Harn, Spuren von Eiweiss. Ueber die Bedeutung des Traumas für die Entstehung der merkwürdig complicirten Erkrankung äussert sich M. nicht mit Bestimmtheit.

4) Bei der 37jährigen Kranken hatte sich die Krankheit im Laufe weniger Jahre in typischer Weise entwickelt. Photographien und Maasse, welche der Arbeit beigegeben sind, erläutern dies im Detail. Es bestand in der rechten Parotis ein Enchondrom, beiderseits Hallux valgus, die Patellarreflexe waren sehr abgeschwächt, falls nicht gänzlich fehlend. Es hatte sich ausserdem eine cervico-dorsale Kyphose entwickelt. Die Kranke litt an Migräne und Gesichtsneuralgien, ausserdem an Schmerzen und Abgestorbensein der Extremitäten. M. Brasch.

Ch. E. Nammack, Angioneurotic oedema treated by pilocarpine. Medic. Record 1896, Jan. 4.

Der 35jährige unbelastete Mann bekam, angeblich nach starker Ueberarbeitung, Anfälle von Urticaria, welche allen Mitteln trotzte. Die Anwendung von Pilocarpin brachte Heilung — einem Diätfehler folgten neue Anfälle, auch diese heilten durch Pilocarpin. M. Brasch.

G. Riehl, Lymphendothelioma cutis multiplex. Wien. klin. Wochenschrift 1896, No. 46.

Von den Endotheliomen der Haut sind bisher fast ausschliesslich anatomische Befunde bekannt geworden; der von R. beobachtete Fall bot aber auch ein markantes klinisches Bild. Bei der stark abgemagerten 75jähr. Patientin fanden sich auf dem Kopfe, im Gesicht, an Hals, Rumpf und Extremitäten in fast symmetrischer Verteilung über 100 rundliche oder

leicht höckerige, erbsen- bis über pflaumengrosse, derb, zum Teil knorpelhart sich anfühlende, von den oberflächlichsten Lagen der Subcutis oder den untersten Schichten der Lederhaut ausgehende, scharf begrenzte Tumoren. Die Haut war über einzelnen von ihnen normal, über anderen gerötet und verdünnt, einige wenige wiesen kleine, ganz oberflächliche Ulcerationen auf. Auch auf dem Velum und im Kehlkopfe zeigten sich einige kleine Geschwülste. Die Lymphdrüsen am Halse, in der Achselhöhle und Leistengegend waren als harte, bis haselnussgrosse Tumoren zu tasten. Am linken Nasenflügel sass ein Geschwür mit schlaffen Granulationen und flachem infiltrirten Rande, das vor 3—4 Jahren zuerst entstanden war, während die anderen Tumoren sich erst in den letzten 3 Monaten entwickelt und rasch an Zahl und Grösse zugenommen hatten. Die Kranke erlag einem Erysipel. Bei der Sektion fand sich noch ein von der inneren Fläche des rechten Seitenwandbeines ausgehender, über taubeneigrosser, walzenförmiger Tumor, der das Gehirn oberflächlich eindrückte, während des Lebens aber keine Erscheinungen gemacht hatte.

Auf Querschnitten erschienen die grösseren Geschwülste groblappig, von grau-weissem oder weissem Aussehen und fühlten sich hart an; die kleinen Knoten liessen eine besondere Structur nicht erkennen. Die histologische Untersuchung erwies, dass es sich um multiple Lymphendotheliome handelte; die erkrankten Lymphdrüsen hatten denselben Bau wie die Hauttumoren. H. Müller.

Neumann, Zur Aetiologie der Syphilis maligna. Wien. med. Presse 1897, No. 5.

Verf. führt aus, dass die Entstehung der Syphilis maligna durch die Annahme einer Mischinfektion mit Syphilisvirus und pyogenen Bakterien allein nicht erklärt werde. Solche Mischinfektionen seien sowohl beim Primäraffekt, wie im sekundären Stadium sehr häufig; sie prägen sich in der lokalen Erscheinungsform der Syphilisprodukte aus, ohne doch der Regel nach den ganzen Krankheitsverlauf zu einem bösartigen zu gestalten. Wenn in einzelnen Fällen die Eiterbakterien in den Organismus eindringen und zu einer pyämischen Infektion führen, der Syphilis den malignen Charakter verleihen, so beruhe dies auf einer individuellen spezifischen Reaktion der Gewebe gegen die pathogene Einwirkung. Eine solche, die Invasion der pyogenen Bakterien ermöglichende, individuelle Konstitution der Gewebe finde sich bei Alkoholikern, Diabetikern und sonst schlecht ernährten und unter ungünstigen Verhältnissen lebenden Individuen, in anderen Fällen sei ihre Ursache noch zu ermitteln. H. Müller.

P. Colombini, Pentosurie und Xanthoma diabeticorum. (Aus dem dermosyphilopath. Institut der Universität Siena.) Monath. f. prakt. Dermat. XXIV. No. 3.

Verf. fand die bisher ausschliesslich bei Diabetikern beobachtete und als Xanthoma diabeticorum beschriebene Hautaffektion bei einem 50jähr. Manne neben Pentosurie. Der Ausschlag hatte vor etwa 40 Tagen an den Oberschenkeln begonnen, sich dann unter heftigem Brennen und Jucken

unregelmässig über den grössten Teil der Hautoberfläche verbreitet und bestand aus zum Teil confluirenden, bis erbsengrossen, meist kleineren Papeln, die in der Mitte eine mehr oder weniger deutliche gelbe, in der Peripherie eine blass bis lebhaft rote Färbung zeigten. Die kleineren Knötchen erschienen kegelförmig zugespitzt, die grösseren hatten eine glatte oder unebene, durchfurchte Oberfläche, fast alle entsprachen einem Haarfollikel und waren von harter Konsistenz. — Dem Pat. wurde Milch- und Fleischdiät, sowie Sol. Fowler verordnet und nach 4 Monaten waren sowohl Ansschlag wie Pentosurie verschwunden. H. Müller.

H. Trebitsch, Ueber eine ungewöhnliche Form der Hautpigmentirung beim Morbus Addisonii. Zeitschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl. S. 163.

Die Pigmentirung war bei dem 21jähr., im Uebrigen die gewöhnlichen Erscheinungen des Morbus Addisonii (Adynamie, Anämie, dyspeptische Störungen) aufweisenden Pat. insofern eine ungewöhnliche, als sie sich bis zum Tode auf isolirte, ganz scharf umschriebene Flecke auf der sonst völlig normalen Haut beschränkte. Es fanden sich im Gesicht zahlreiche hellbraune bis schwärzliche punktförmige bis hirsekorngrosse, am Thorax einzelne bis linsengrosse und an den unteren Extremitäten besonders dunkle, sepiabraune, bis kreuzergrosse Flecke. Auch an der Grenze des Lippenrotes und der Mundschleimhaut, am harten Gaumen und auf der Wangenschleimhaut bestanden braune Pigmentflecke. Die Sektion ergab primäre Tuberkulose beider Nebennieren und beginnende Meningitis tuberculosa, die Splanchnici zeigten sich histologisch normal. Verf. weist darauf hin, dass diese ganz umschrieben bleibenden Pigmentirungen (in der Litteratur findet sich eine kleine Zahl ähnlicher Fälle) leicht zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben können. H. Müller.

Guinard, Traitement de l'épithélioma de l'utérus et du vagin par le carbure de calcium. Bull. thérapeut. 1896, 15 mai.

Verfasser empfiehlt zur Behandlung von inoperablen Uteruscarcinomen Calciumcarbid. Bei den wenigen behandelten Fällen hatte er den Erfolg, dass die Blutung, der übelriechende Ausfluss, die Schmerzen aufhörten. Die höckerigen Wucherungen schwinden und die Wundfläche wird eben. Nach Anwendung des Calciumcarbids ist die Granulationsfläche mit einer grauen Membran überzogen. Auf das gesunde Epithel wirkt das Mittel sehr wenig. Die Wirkung des Mittels geschieht durch das sich entwickelnde Acetylen, das noch einige Stunden nach der Operation im Urin zu finden ist. Die Patienten haben nach der Behandlung 3—4 Stunden geringes Brennen an der Applikationsstelle. Zweimal sah Verf. nach 4maliger Behandlung Diarrhöen auftreten, die schwanden, als kleinere Stücke Calciumcarbid angewandt wurden. Die Anwendung ist sehr einfach: Man bringt ein kleines, bis klein-nussgrosses Stück Calciumcarbid auf die kranken Partien, es entwickelt sich sodann heftig Acetylen. Die Vagina wird mit Jodoformgaze austamponirt, um das Acetylen zurückzuhalten. Nach 3 bis 4 Tagen wird der Tampon entfernt, reichliche Spülung mit Sublimat 1 zu

1000. Die Reste des Mittels werden entfernt, die oft wie inkrustirt in dem Neoplasma liegen; nach vollständiger Entfernung wird die Vagina gut ausgetrocknet und das Verfahren von Neuem wiederholt. Bei dem ganzen Verfahren tritt keinerlei Blutung auf. A. Martin.

A. Boursier, Sur un cas d'énterocèle vaginale postériore. Annales de gynèc. 1896, Avril.

Verf. berichtet über einen Fall, wo bei einer 50 Jahre alten Frau in dem Sacke eines hinteren Vaginalwandprolapses leicht abzutastende Darmschlingen sich fanden. Die Reposition gelingt in Rückenlage gut, doch fällt die Hernie beim Stehen wieder vor. Wie in den meisten derartigen Fällen waren Dünndarmschlingen in der Hernie.

Verf. geht auf den Entstehungsmechanismus und die öfters gestellten Fehldiagnosen und deren Folgen ein. Die Behandlung hält derselbe für schwierig, er wandte in seinem Falle ein Luftpessar an in der Art des Balles von Champetier-de Ribes, bei dem jedoch der Teil für das hintere Scheidengewölbe stärker ausgedehnt ist. Der Erfolg steht noch aus.

A. Martin.

E. Neumann, Ueber prophylaktische Dammincisionen beim Durchtritt des Kopfes. Wiener med. Blätter 1896, No. 44.

Verfasser empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen in sechs Fällen, bei voraussichtlichem Dammriss, zuvor zwei seitliche Incisionen in der Richtung des Tuber ischii zu machen. Er näht die $1-1^1/_2$ cm langen Einschnitte nicht und konstatirt sehr vorzügliche Erfolge. A. Martin.

H. Gilford, Some cases of ventrifixation of the uterus. The Lancet 1896, April 18.

Verf. teilt 7 Fälle von Ventrofixation mit, um einen Beitrag zur Statistik zu liefern, und weil sie ihm auch sonst von Interesse zu sein scheinen, denn in einem Falle wurde die Operation ausgeführt wegen Uterusperforation durch die Curette, in einem trat nach der Operation Intussusception des Darmes ein mit Ausgang in Selbstheilung, in zweien der Fälle wurden beide Ovarien mitentfernt, in vieren die Reith'sche Operation ausgeführt. Ein Recidiv der Retroflexio ist nicht eingetreten. Von Seiten der Blase wurden keine unangenehmen Erscheinungen beobachtet. Schwangerschaft ist noch in keinem der Fälle eingetreten. Die Reith'sche Operation zieht er auch in Fällen, wo keine Ovarialerkrankung vorliegt, vor, wegen ihrer besseren Prognose quoad vitam.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 26. Juni. No. 26.

Inhalt: Kühne, Bedeutung des Sauerstoffs für die vitale Bewegung. — Jaffé, Ueber die durch Phenylhydrazin fällbaren Harnbestandteile. — Mörner, Fall von multiplen Darmsteinen. — Verhoogen, Ueber die Sekretion des Mageusaftes. — Riva, Ueber die Bildung des Urobilins. — Sasse, Die konservative Behandlung der Coxitis. — Camero, Kolischer, Ueber Cystitis beim Weibe. — Senn, Hornhauterkrankung bei Anilinfärbern. — Gouguenheim, Ueber die Abscesse der Nasenscheidewand. — Schmidt, Ueber Unregelmässigkeiten der Nasenscheidewand. — Koch, Ueber neue Tuberkulinpräparate. — Lanostein, Pellotin als Schlafmittel. — Flexner, Flesch, Fälle von Diphtherie der Lippen und der Haut. — Reinboth, Das Verhalten der Lunge bei Pneumothorax. — Guillemot, Fieux, Jolly, Ueber Lähmungen bei Neugeborenen. — Benda, Goldscheider und Flatau, Ueber Hämatomyelie. — Nielsen, Melanosis und Keratosis arsenicalis. — Neumann, Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus vegetans. — Fritsch, Der Tod nach Laparotomie. — Ahlfeld, Ueber die Bedeutung der äusseren Untersuchung der Gebärenden gegenüber der inneren. — Binz, Die Reduktion der Arsensäure durch Organsäfte.

W. Kühne, Ueber die Bedeutung des Sauerstoffes für die vitale Bewegung. 1. Mitteilung. Zeitschr. f. Biol. XXXIV. S. 43.

Das Protoplasma in den Filamenthaaren von Tradescantia virginica, das bekanntlich am schönsten die sog. Cirkulation zeigt, reagirt energisch auf O-Entziehung, wie Verf. festgestellt hat.

Setzt man etwas Ferr. pulv. hydrogenio reductum oder basaures Eisenoxydul, oder, was sich am meisten empfiehlt, Natriumsulfit (Schwefelleber) in $^1/_4$- bis 1 proc. Lösung zu dem unter dem Mikroskop beobachteten Präparat hinzu, so sistirt die Protoplasmabewegung schnell; durch Auswaschen, Zufuhr von O aus der Luft oder durch Magnesiumpermanganat schwindet die Lähmung des Protoplasma und die Cirkulation kommt wieder in Gang. Aehnlich verhält es sich, wenn man dem in einer Gaskammer gehaltenen Präparat Wasserstoff zuführt; es dauert 20—30 Minuten, ehe dadurch O so weit entzogen ist, dass die Bewegung still steht; wenige Minuten zuvor tritt eine jähe Verlangsamung der Bewegung ein, nämlich dann, wenn der

O-Partialdruck bis zu einer gewissen Grenze gesunken ist, und daran schliesst sich binnen Kurzem Lähmung des Protoplasmas. Offenbar wird durch H-Durchleitung der O langsamer entzogen, als durch Zusatz reducirender fester Substanzen (reducirtes Eisen, Eisenoxydulsalze, Natriumsulfid), daher die längere Zeitdauer bis zum Stillstand der Protoplasmabewegung.

Die durch O-Entziehung bewirkte Erstickung des Protoplasmas, die als dessen Ruhezustand angesehen werden kann, insofern sie sich durch O-Zufuhr wieder in den Bewegungszustand überführen lässt, wird durch keinen Reiz beeinflusst, weder durch mechanischen, noch durch chemischen, noch durch elektrischen. Daraus schliesst Verf., dass die Bedeutung des O für das Protoplasma eine tiefergehende ist, als die des blossen normalen Reizes.

Durch Oxydationsvorgänge (vermehrte O-Zufuhr) wurde das Protoplasma nicht merklich beeinflusst; wie es schien, beschleunigte sich dadurch die Bewegung etwas. Die dem Erlöschen nahe Bewegung war durch Alkalien, wie beim Flimmerepithel, nicht wieder zu beleben. Immerhin erhielt sich die Bewegungsfähigkeit am besten in einem Tropfen Alkalicarbonat- oder alkalischer Magnesialösung.

In längerer Diskussion weist endlich Vf. nach, dass die bislang gebräuchlichen Methoden weder den zwingenden Nachweis von O in den Zellen selbst noch dessen Verbrauch bei der Protoplasmabewegung gestatten.

I. Munk.

M. Jaffé, Zur Kenntnis der durch Phenylhydrazin fällbaren Harnbestandteile. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 532.

Beim 2stündigen Erhitzen von Hundeharn mit Phenylhydrazin in essigsaurer Lösung erhält man bei langsamem Erkalten einen sehr reichlichen gelblichen, krystallinischen Niederschlag, welcher nach mehrmaligem Umkrystallisiren aus heissem Alkohol und heissem Wasser farblos erscheint und bei 172° schmilzt. Die Analyse führte zu der Formel $C_7H_9N_3O$. Zusammensetzung und Eigenschaft der Substanz, sowie die Zersetzung mit Salzsäure stimmen mit den zuerst von E. FISCHER aus Phenylhydrazin und Kaliumcyanat dargestellten, von PINNER beim Erhitzen von Phenylhydrazin mit Harnstoff erhaltenen Phenylsemicarbazid überein, sodass an der Identität nicht zu zweifeln ist. — Auch Harnstofflösungen, selbst verdünnte (bis 2proc.), geben mit Phenylhydrazin dieselben Verbindung, ja unter bestimmten Bedingungen erhält man sogar eine nahezu quantitative Ausbeute an Phenylsemicarbazid.

E. Salkowski.

C. Mörner, Ein Fall von multiplen Darmsteinen beim Menschen. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 522.

Verf. berichtet über einen, einen 23jähr. Bauer betreffenden Fall, bei welchem eine grössere Anzahl von Darmsteinen durch Kunsthülfe aus dem Anus entleert wurde. Dem Verf. gingen 5 derselben im Gewicht von 7,5 bis 12,2 g zur Untersuchung zu. Sämmtliche Steine waren facettirt, glatt und hart, von grau-weisser Farbe, Kieselsteinen ähnlich. Auf dem Durch-

schnitt erwiesen sie sich alle aus einer Schale und einem Kern bestehend. Letzterer bestand in zwei Fällen aus einem Pflanmenstein, in den übrigen Steinen aus einer braun-schwarzen, trockenen, farblose Krystalle einschliessenden Masse. Die kleinen Krystalle bestanden aus phosphorsaurer Ammonmagnesia, die braune Masse aus cellulosehaltigen Pflanzenresten. Die Schale wurde genauer untersucht. Sie bestand (bei einem Stein) grösstenteils aus Ammoniummagnesiumphosphat (82,23 pCt.), daneben aus Calciumphosphat (5,24 pCt.), Magnesiumphosphat (1,64 pCt.), Calciumcarbonat (1,61), fettsaures Calcium (0,75), Neutralfett (0,20), unlösliche organische Substanz (1,90), Wasser etc. (6,43 pCt.). E. Salkowski.

A. Verhögen, Les sécrétions gastriques. Extrait de la revue „La cellule". XII. (1.)

Nach einer ausführlichen und kritischen Uebersicht unserer augenblicklichen Kenntnisse der Saftsekretion und der motorischen Funktionen des Magens bringt Verf. eigene Untersuchungen, die an vier sich subjektiv gesund fühlenden Menschen angestellt wurden. Es fand sich dabei, dass die Saftsekretion nur bei zweien von diesen in normalen Grenzen lag; bei dem dritten war Hyperacidität, bei dem vierten Hypacidität zu konstatiren.

Untersucht wurde nach WINTER's Methode die Gesammtacidität, die Abscheidung freier, an Eiweisskörper locker gebundener und fest fixirter Salzsäure — zunächst nach Einführung gleicher, aber in ihrer Quantität wechselnder Nahrung, dann bei Zufuhr verschiedenen Nährmaterials, und zwar in verschiedenen Perioden der Verdauung. Der Mageninhalt wurde durch Expression gewonnen. Einleitend berichtet Verf. über Versuche, durch die er feststellen wollte, ob der nüchterne Magen seiner Versuchspersonen leer war oder Sekret beherbergte. Bei den beiden Normalen war er meist leer, bei dem Hyperaciden enthielt er saures, bei dem Hypaciden neutrales Sekret. Für die Anfangsstadien der Verdauung bestätigt Verf. das bekannte allmähliche Ansteigen der Acidität des Mageninhalts und auch die Thatsache, dass der Anstieg um so langsamer erfolgt, je grösser die Masse des Mageninhalts ist. Neu dagegen ist seine Auffassung vom Endstadium der Magenverdauung; hier findet ein schneller Abfall der Acidität statt, den Verf. nicht auf ein Cessiren der Salzsäureabscheidung und auf Neutralisation des Inhalts, sondern auf eine starke Verdünnung desselben bezieht. Die freie Salzsäure kann dabei entweder gleichfalls vermindert, oder aber ungeändert, oder vermehrt sein. Die Verdünnung kommt durch Absonderung einer ganz oder fast ganz HCl-freien Flüssigkeit in der Gegend des Pylorus zu stande. Sie soll wichtig sein: einmal zur Abstumpfung des Säuregrades, dann um die in der Pylorusgegend gelegenen Teile des Mageninhalts genügend für den Eintritt in den Darm zu verflüssigen.

Die bisherigen Resultate beziehen sich auf gemischte Nahrung. Weitere Versuche beziehen sich darauf, wie die Art der Nahrung auf die Salzsäureabscheidung Einfluss hat. Teilweise in Bestätigung früherer Erfahrungen findet Verf., dass, abgesehen von seinem Hyperaciden, Amylum

kein saures Sekret bedingte; Zucker (Glykose, Lactose, Saccharose) rief selbst bei dem Hyperaciden keinen salzsäurehaltigen Magensaft hervor, war dagegen im stande, wenn zugleich mit Eiweiss gegeben, die Salzsäuresekretion zu beschränken.

Verf. schliesst daraus, dass der Magen zweierlei Arten von Sekret zu liefern im stande sei, je nach der Art der Nahrung, ein salzsäurehaltiges und ein salzsäurefreies.

Den Schluss der Arbeit bilden einige Beobachtungen an Kranken und therapeutische Bemerkungen. A. Loewy.

A. Riva, Di nuovo sulla genesi della urobilinuria. Estr. della Gaz. med. di Torino. XLVII. (4/5.)

Vf. bringt Versuche am Hunde, die den von ihm so genannten „hepatointestinalen" Ursprung des Urobilins im Harn erweisen sollen, d. h. seine Abhängigkeit von der Menge von Gallenfarbstoffen im Darm und von einer besonderen, der Urobilinbildung günstigen Beschaffenheit der Galle, die besonders leicht reducirbar ist. Es wurden den Hunden 25—35 ccm gelbrote Galle vom Menschen und Schwein, die arm an Urobilin war, in eine Darmschlinge injicirt, es trat danach für ca. 1 Woche starke Urobilinurie auf; nach Injektion gelb-grauer Rindsgalle, die nach Verf. wenig reduktionsfähig ist, dagegen nur geringe, nach einem Tage verschwindende Urobilinurie.

Auch aus klinischen Beobachtungen sucht Verfasser seine Theorie zu stützen. — Wieweit etwa bakteriologische Einflüsse die Urobilinbildung bedingen, hat Verf. nicht untersucht. A. Loewy.

Sasse, Die konservative Behandlung der Coxitis und deren Resultate. (Aus der königl. chir. Universitätsklinik zu Berlin.) Arch. f. klin. Chir. LI. S. 717.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf 110 Fälle, über welche unter einem vielleicht dreifach grösseren Material seit April 1891 nähere Aufzeichnungen existiren, so dass es sich zunächst um Feststellung der unmittelbaren Resultate bei diesen meist poliklinischen, den ärmsten Klassen angehörigen Patt. handelt. Gegenüber den verschiedenen, für die ambulante Behandlung konstruirten, mehr oder minder complicirten Extensionsapparaten wurde ein bis zu den Brustwarzen reichender, am Fuss in rechtwinkliger Beugung beginnender Gypsverband bei leicht in Hüfte und Knie flectirter und etwas nach aussen abducirter und rotirter Stellung der Extremität, zuerst in der Regel und in passenden Fällen auch später in Narkose anlegt. Etwaige Redressements werden nicht gewaltsam auf einmal, sondern in mehreren Sitzungen ausgeführt, und die Verbände, wenn alles in Ordnung, durchschnittlich alle 4 Wochen, bei Abscedirungen früher gewechselt. Da der Verband gut unterpolstert ist, kann von absoluter Immobilisation der kleinen Patt. beim Stehen und Gehen nicht wohl die Rede sein; beides wird erst beim Aufhören der Schmerzen gestattet, und ist dann nach 2—4 Monaten keine Verschlimmerung eingetreten, so lässt man

Fuss bis Unterschenkelmitte frei. Schmerz und Abscessbildung sind Gründe, den Pat. wieder mit vollständigem Verbande liegen zu lassen. Diese Gypsverbandbehandlung schwankt zwischen einigen Wochen bis zu Jahren von Fall zu Fall. Zur Nachbehandlung ist eigentlich ein Hülsenapparat erforderlich, leider musste man sich aber damit begnügen, nächtliche Extension, möglichst bis zur Wachstumsperiode, zu empfehlen. Jodoform-Glycerin-Injektionen werden nur bei vorhandenen Abscessen gemacht, die Resektion ist ein in manchen Fällen unentbehrliches „Ultimum refugium". Bei der grossen Toleranz vieler Kinder gegen Tuberkulose sollte man aber mit ihr möglichst lange warten, weil die Wachstumsstörung um so grösser, je jünger das Kind ist, und mehrfach nach Resektionen Verkürzungen von 15—20 cm bei völlig atrophischem Bein, wie solches gelegentlich auch ohne Resektion bei jahrelanger Inaktivität vorkommt, gesehen worden sind. Erwachsene eignen sich daher in gewisser Hinsicht besser zur Resectio coxae. Thatsächlich waren die Patt. der Poliklinik fast ausnahmslos Kinder und blieben dabei Fälle von leichtem Recidiv, von nachträglichen Kontrakturen, von nicht-tuberkulöser Coxitis u. dgl. m. unberücksichtigt. Was die Endergebnisse der 110 Patt. betrifft, so konnten solche bei 53 durch persönliche Nachuntersuchung, durch briefliche Nachricht bei 22 dargethan werden; 21 sind gestorben und nur 15 blieben ohne jede Nachricht. Von den 21 Gestorbenen kommen 8 auf die Resecirten = 29 pCt. dieser, 13 auf die konservativ Behandelten (15,2 pCt.). Haupttodesursache (15mal) war Meningitis, bezw. Miliartuberkulose, letztere 3mal nach Jodoforminjektionen auftretend. Wegen der sonstigen interessanten Einzelheiten und der Vergleiche mit den Ergebnisse anderer Chirurgen auf das Original verweisend, müssen wir uns mit Wiedergabe der Schlusssätze Verf.'s begnügen:

1. Bei tuberkulöser Coxitis der Kinder kann die konservative Behandlung in 20—80 pCt. der Fälle durchgeführt werden; bei den übrigen ist die Resektion und vielleicht gelegentlich auch die Exartikulation nicht zu umgehen. 2. Recidive der konservativ geheilten Fälle sind relativ gering und können gewöhnlich bei rechtzeitig erneuter Behandlung auch wieder ohne Resektion geheilt werden. 3. Von den im Laufe der Krankheit auftretenden Abscessen wird noch nicht $^1/_3$ durch Jodoforminjektionen geheilt. Die übrigen erfordern einen operativen Eingriff. Gelegentlich giebt auch eine Jodoform-Injektion den Anstoss zum Ausbruch einer Miliartuberkulose. 4. Bei der konservativen Behandlung ist das Hauptgewicht auf die vollständige Fixation des Gelenks und dann auf die Entlastung desselben zu legen; die Extension ist, abgesehen von besonderen Indikationen, im Allgemeinen entbehrlich. 5. Der beschriebene Gypsverband genügt in äusserst zweckentsprechender Weise allen Forderungen einer konservativ-ambulanten Behandlungsmethode und hat vor allen Maschinen die grossen Vorzüge der Einfachheit und Billigkeit. 6. Die durch diese Behandlungsmethode erzielten Resultate sind erheblich günstigere wie bei sonstigem Verlauf der Coxitis (wie ein Vergleich mit der Bruns'schen Statistik zeigt), nämlich: a) in einigen günstigen Fällen kommt es zu einer vollständigen Restitutio ad integrum; b) die Zahl der Kontrakturen ist geringer (72,5 : 92 pCt.); c) die Zahl der Eiterungen ist ebenfalls geringer (44,1 : 58,3 pCt.); d) die

Gesammtkrankheitsdauer ist bedeutend kürzer (1,5 : 4,1 Jahren). Dasselbe gilt in Bezug auf Beweglichkeit und Verkürzung, doch ist es weniger gut angängig, diese Zahlen wegen der Altersunterschiede des Materials gegenüber zu stellen. Dass auch die Mortalität mit 20 pCt. sicherlich eine viel geringere ist, als die in der Bruns'schen Statistik mit 40 pCt., trotz der Altersdifferenz und Kürze der Beobachtung, ist nicht zu bezweifeln, da die grösste Zahl der Todesfälle nach Bruns bereits in das erste Jahr der Erkrankung fällt und nachher rapide abnimmt. Immerhin bleibt die Coxitis eine sehr schwere Krankheit, die in nicht wenigen Fällen zum Tode führt und bei der auch die jetzt erreichten Resultate noch sehr viel zu wünschen übrig lassen. — Der Arbeit ist noch eine kurze Uebersicht der einzelnen Krankengeschichten beigefügt. P. Güterhock.

---

1) **G. Camero,** Le traitement de la cystite donloureuse par le curettage vésical chez la femme. Gaz. hebd. 1896, No. 77.

2) **G. Kolischer,** Eine Spätform der gonorrhoischen Cystitis beim Weibe. (Aus der Klinik des Prof. Schauta.) Wien. med. Presse 1896, No. 42.

1) C. berichtet aus der Abteilung Guyon's über die von diesem in schweren Fällen von Cystitis dolorosa geübte Auslöffelung der weiblichen Blase durch die Urethra. Ausspülungen der Blase mittelst eines Evacuations-Katheters, bei denen die Wandungen nicht übertrieben zu dehnen sind, gehen der Operation behufs Reinigung des Blaseninnern voran. Von 29 einschlägigen, sehr verschiedenartigen Fällen hoten 19 (65,5 pCt.) günstige, 9 (34,5 pCt.) ungünstige Ergebnisse. Beim Manne hätte man bei Anwendung der Curettage die Bontonnière zu benutzen. In den Schlussfolgerungen wird betont, dass man bei Frauen, abgesehen von der Anwendung der Colpocystotomie, in sehr schweren Fällen das Verfahren dort anwenden soll, wo man mit der gewöhnlichen örtlichen Behandlung nicht ausreicht.

2) K. beschreibt als Spätform der chronischen Tripperentzündung der Blase eine mit dem Endoskop sich als geschwürige infiltrirende Cystitis darstellende Erkrankung. Symptome sind: häufiger Harndrang, permanente Empfindlichkeit in der Blasengegend bei verminderter Capacität der Blase. Der gleichmässig getrübte Urin zeigt ein aus Detritus bestehendes Sediment. Behandlung durch Curettement. P. Güterhock.

A. Senn, Typische Hornhauterkrankung bei Anilinfärbern. Corresp.-Blatt f. Schweiz. Aerzte 1897, No. 6.

Senn beobachtete bei Anilinfärbern eine intensive gelblich-braune Verfärbung der Conjunctiva im Bereiche des Lidspaltenbezirks; in der Cornea fand sich ebenfalls daran anschliessend ein breiter Streifen von sepiabrauner Färbung. Derselbe hatte eine unebene Beschaffenheit und bestand aus einer langgestreckten Gruppe von etwa 10 bis 12 kleinen Bläschen, welche sich als Epithelabhebungen erwiesen, die zum Teil mit wasserhellem Inhalt gefüllt, zum Teil schon geplatzt waren und leichte, seichte Vertiefungen darstellten. Im ganzen Gebiete dieses farbigen Hornhautstreifens war das dazwischen liegende Epithel und die obersten Schichten des Cornealparenchyms diffus getrübt. Die direkte Ursache dieser Erkran-

kung sind nach der Ansicht von Senn die aus den Farbetrögen aufsteigenden Dämpfe. Die Farbe besteht aus einem Gemisch von Anilin, Salzsäure und chromsaurem Kali, dem sog. Anilinschwarz. Die Therapie besteht in Aussetzen der Arbeit und Anbringung guter Ventilationseinrichtungen in den Arbeitsräumen, um Recidive zu verhüten. Horstmann.

Gouguenheim, Ueber die entzündlichen Abscesse der Nasenscheidewand. Arch. f. Laryngol. V.

Die Affektion wird fast nur durch äussere Schädigungen hervorgerufen und hat ihren Sitz am vorderen unteren Abschnitt der Nasenscheidewand. Die Erkrankung ist gewöhnlich doppelseitig und bedingt durch die entstehende Geschwulst eine Verstopfung der Nase. Die Geschwulst ist blassrot-grau, hart oder fluktuirend und entsteht ziemlich schnell. Selten beobachtet man eine von selbst eintretende Beendigung des Leidens, während die künstliche Eröffnung baldige Heilung bewirkt. Es folgen 6 Krankengeschichten. W. Lublinski.

M. Schmidt, Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Unregelmässigkeiten der Nasenscheidewand mittelst der elektrisch getriebenen Säge. Arch. f. Laryngol. V.

Die Ueberzeugung von der Wichtigkeit der freien Nasenatmung veranlasst Verf., seine an 150 Fällen mit dem Spiess'schen Instrumentarium erreichten Erfahrungen mitzuteilen. Die Methode ist nahezu schmerzlos, rasch ausführbar und kann ambulatorisch angewandt werden. Unter den Nachteilen sind die zeitweilig nicht ganz geringen Blutungen resp. Nachblutungen hervorzuheben, die sich bei Innehaltung der angegebenen Vorsichtsmassregeln wohl vermeiden lassen. Die Indikationen sind: Unwegsamkeit, Synechien, Asthma. Dagegen ist bei frischen Entzündungen und Erkrankungen des Naseneinganges zu warten, bis dieselben geheilt sind.
W. Lublinski.

R. Koch, Ueber neue Tuberkulinpräparate. D. med. Wochenschr. 1897, No. 14.

Seit seinen Veröffentlichungen über das Tuberkulin hat K. die Untersuchungen über die Verwendung von Kulturen der Tuberkelbacillen zur Heilung der Tuberkulose fortgesetzt. Die Heilung einer Infektionskrankheit durch die betreffenden Bakterien oder deren Produkte kommt auf eine Art Immunisirung hinaus, und sind dabei zwei Möglichkeiten vorhanden: entweder wird eine Immunität gegen die vom Infektionserreger erzeugten Toxine erstrebt, wie bei Diphtherie und Tetanus, oder der Körper wird durch die Immunisirungsversuche gegen die lebenden Bakterien geschützt, während er gegen die Gifte nur wenig geschützt ist, wie bei Cholera und Typhus. Das Ideal würde sein, den Körper gegen alle Schädlichkeiten, welche die pathogenen Mikroorganismen mit sich bringen, zu immunisiren.

Was nun die Tuberkulose anbetrifft, so hat es den Anschein, als ob hier von einer Immunität nicht die Rede sein kann, da die Krankheit beim Menschen jahrelang dauert, ohne dass die Empfänglichkeit abnimmt, selbst

wenn eine Heilung eintritt, hinterlässt sie nicht Immunität, sondern eine erhöhte Disposition für eine neue Invasion der Tuberkelbacillen. Gleichwohl kommt auch bei der Tuberkulose eine Immunisirung zu stande, so findet man bei der experimentellen Tuberkulose der Meerschweinchen und bei der Miliartuberkulose des Menschen meist ein Stadium, in welchem die anfangs zahlreich vorhandenen Tuberkelbacillen wieder verschwinden. Es scheint sich also hier um einen Immunisirungsvorgang zu handeln, und zwar um einen rein bakteriellen, welcher aber zu spät auftritt, als dass er für den Kranken noch von Nutzen sein könnte. Die beiden Krankheitsarten, bei denen eine Immunität erworben wird, haben das gemeinsam, dass bei ihnen der ganze Körper mit Tuberkelbacillen überschwemmt wird, während bei den Erkrankungen an lokaler Tuberkulose die Bacillen, welche sich im nekrotischen Gewebe befinden, sehr langsam, erst nachdem sie tiefgehende chemische Veränderungengen durchgemacht haben, resorbirt werden, und dieselben da, wo sie in grösserer Menge wuchern, so in den Cavernen, überhaupt nicht resorbirt, sondern unverändert aus dem Körper entfernt werden.

Um eine künstliche Immunität zu erzeugen, war es also nötig, den Körper mit Tuberkelbacillen zu überschwemmen. Dies ist jedoch nicht möglich, da die lebenden wie auch abgetöteten Tuberkelbacillen vom subkutanen Gewebe, selbst von der Peritonealhöhle und vom Blute aus nur sehr langsam resorbirt werden. Da die intakten Bacillen für Immunisirungszwecke nicht zu gebrauchen sind, so versuchte K., dieselben durch chemische Eingriffe resorbirbar zu machen. Dies gelingt durch Behandeln mit verdünnten Mineralsäuren oder mit starken Alkalien bei Siedehitze; dann sind jedoch die Veränderungen der Bacillensubstanz derartig, dass die immunisirenden Eigenschaften mit zerstört werden. Nunmehr versuchte K., unter Verzichtleistung auf die Gesammtmasse der Tuberkelbacillen resorbirbare Bestandteile aus denselben zu gewinnen und für Immunisirungszwecke zu verwerten. Zunächst wurde eine Glycerinextraktion versucht, was zur Entdeckung des Tuberkulins führte. Dieses für die Frühdiagnose der Tuberkulose so wertvolle Präparat ist auch zu Heilzwecken gut geeignet, wenn die Fälle gut ausgesucht werden und mit der genügenden Ausdauer verfahren wird. Es wird durch das Tuberkulin eine Toxin-Immunität erzeugt, keine bakterielle. Diese Immunität entwickelt sich unter Reaktionserscheinungen, welche von Besserungen des tuberkulösen Prozesses begleitet sind. Die Tuberkulinreaktionen versagen nun aber häufig, bevor die Heilung beendet ist, so dass es zu einem Recidiv kommt, welches, sobald die Reaktionsfähigkeit wieder eintritt, von neuem mit Tuberkulin-Injektionen behandelt werden muss, bis eine vollkommene Heilung erzielt ist.

Nach Auffindung des Tuberkulins forschte K. weiter nach einer Substanz, welche eine bakterielle Immunität erzeugte. Er extrahirte mit $^1/_{10}$ Normalnatronlauge während dreier Tage. Das gewonnene Präparat nannte er TA. Die mit diesem Präparat, welches durch gewöhnliches Filtrirpapier filtrirt war, erzielten Erfolge zeigten sich als beständiger; allein bei Injektion grösserer Dosen trat Eiterung ein. Dies kam daher, dass das TA tote Tuberkelbacillen enthielt, welche in bestimmter Menge Eiterung erzeugen. Befreite K. das TA von den Bacillenleibern, indem er durch eine

Thonzelle filtrirte, so war das TA nicht wirksamer, als das gewöhnliche Tuberkulin.

Die mit dem TA gemachten Erfahrungen brachten K. dahin, die Bacillen, da sie im unzerstörten Zustande nicht resorbirbar waren, mechanisch zu zertrümmern. In dieser Idee wurde er dadurch bestärkt, dass er bei den Versuchen, die Tuberkelbacillen durch Behandeln mit Mineralsäuren oder Alkalien resorbirbar zu machen, gefunden hatte, dass die Bacillen zwei Körper, welche zu den ungesättigten Fettsäuren gehören, enthalten, wodurch sie ihre grosse Widerstandsfähigkeit erhalten, und die auch die Ursache des spezifischen Verhaltens beim Färben sind. Zunächst versuchte K., Bacillen mit und ohne Zusatz von harten, pulverförmigen Massen zu zerquetschen und zu zerreiben. Allein erst als er gut getrocknete Kulturen ohne Zusatz im Achatmörser mit Achatpistill verarbeitete, war eine grössere Ausbeute zu erzielen. Die gewonnene Substanz wurde in destillirtem Wasser aufgeschwemmt und $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde centrifugirt. Es schied sich dann das Gemisch in eine weisslich opalescirende, aber vollkommen klar durchsichtige Schicht, welche keine Tuberkelbacillen mehr enthielt, und einen festanhaftenden, schlammigen Bodensatz. Letzterer wurde wieder getrocknet, im Mörser verarbeitet, aufgeschwemmt und centrifugirt. Dies wurde so lange fortgesetzt, bis ein Bodensatz nicht mehr übrig blieb. Die so gewonnenen Präparate waren sämmtlich gut resorbirbar und machten keine Abscesse, falls sie gut centrifugirt waren und keine Tuberkelbacillen enthielten. Bei Tierversuchen stellte sich dann heraus, dass lediglich die erste Flüssigkeit sich von den anderen wesentlich unterscheidet, sie wurde als TO bezeichnet, der Rest als TR. Diese beiden Stoffe verhalten sich auch Glycerin gegenüber verschieden, TO wird durch Zusatz von 50 pCt. Glycerin nicht verändert, es enthält die in Glycerin löslichen Stoffe; in TR dagegen entsteht ein wolkiger Niederschlag. Während das TO dem alten Tuberkulin sehr nahe steht, wirkt TR entschieden immunisirend. Bei Anwendung zu grosser Dosen ruft es zwar auch Reaktionen hervor, jedoch ist die immunisirende Wirkung, welche zur Heilung der Krankheit in Frage kommt, davon ganz unabhängig. K. vermeidet jede Reaktion und steigert ganz allmählich die Dosen, von denen die kleineren noch keinen Effekt haben, sondern nur den Körper allmählich gewöhnen sollen.

Um ein wirksames TR zu gewinnen, ist es erforderlich, dass sehr virulente Kulturen und diese nur frisch verarbeitet werden. Das Trocknen darf nur im Vacuum-Exsiccator vorgenommen werden. K. hält es für ausgeschlossen, dass bei der Gefährlichkeit des Materials und der erforderlichen Exaktheit ein Darstellen grösserer Mengen TR im Handbetriebe möglich ist. Er hat die Herstellung den Farbwerken von Meister, Lucius und Brüning in Höchst a. M. übertragen, welche ein Präparat herstellen, das 10 mmg fester Substanz im ccm enthält. Als Anfangsdosis giebt K. $^1/_{500}$ mg an, er steigt nach und nach bis 20 mg. Wenn auf diese Dosis keine Reaktion erfolgt, so hat er die Injektionen abgebrochen oder nur noch in grossen Pausen injicirt.

Bei der Auswahl der Kranken ist mit Sorgfalt zu verfahren. Da erst bei Dosen von 1 mg unverkennbare Wirkungen der Immunisirung auftreten, und die Dosen sehr langsam gesteigert werden müssen, so sind Phthisiker,

welche nur noch geringe Zeit zu leben haben, zur Behandlung ungeeignet. Ebenso ist das Präparat ohne günstige Wirkung bei Kranken, bei denen sekundäre Infektionen bestehen. Auch während der Behandlung soll eine Temperatursteigerung über $^1/_2{}^0$ vermieden werden; tritt eine solche ein, so muss die Reaktion erst vollkommen abgelaufen sein, bevor weiter injicirt wird. Im Uebrigen werden die Injektionen jeden zweiten Tag vorgenommen. Bei den von ihm behandelten Fällen hat K. eine bedeutende Besserung erzielt; den Ausdruck Heilung gebraucht er nur deshalb noch nicht, weil noch nicht genügend lange Zeit verstrichen ist. Besonders geeignet war das Präparat zur Behandlung von Lupuskranken. Beängstigende Nebensymptome hat K. nie beobachtet.

Ob die bisher geübte Methode in der Anwendung des TR, das langsame Steigen in der Dosirung, die beste ist, lässt K. in suspenso. Es wäre möglich, dass eine andere Methode, vielleicht eine Kombination mit TO oder mit Serumpräparaten, die mittelst TO oder TR gewonnen sind, besser und schneller zum Ziele führen. Allein weitere Verbesserungen der Präparate selbst hält K. für ausgeschlossen, da dieselben aus hochvirulenten, frischen Kulturen bestehen, welche unmittelbar vorher noch lebend waren und ohne chemische Eingriffe in den löslichen Zustand übergeführt sind. Was also mit Tuberkelbacillen zu erreichen ist, das muss mit diesen Präparaten zu erreichen sein. H. Bischoff.

Langstein, Pellotin als Schlafmittel. Prager med. Wochenschrift 1896, No. 40.

L. sah nach Anwendung des von Jolly in die Therapie eingeführten Pellotins in einem Falle recht bedrohliche Erscheinungen auftreten. Es handelte sich um einen Tabiker, der andere differente Medikamente, z. B. Spermin, anstandslos vertragen und keine Affektion des Herzens od. dergl. hatte. Nach subkutaner Injektion von nur 0,01 Pellotin verfiel Pat. in einen tiefen Collaps, der erst nach Anwendung starker Excitantien allmählich wich. Die Menge von 0,01 g ist nur der vierte Teil der von Jolly gewöhnlich verwendeten, und der sechste Teil der von ihm als zulässig erachteten Dosis. K. Kronthal.

---

1) **S. Flexner,** Primary diphteria of the lips and gums. Johns Hopkins Hospital 1895, No. 47.

2) **M. Flesch,** Ein Fall von Hautdiphtherie. Berl. klin. Wochenschrift 1895, No. 47.

1) Verf. beschreibt 2 Fälle von primärer Diphtherie der Lippen und des Zahnfleisches. Gemeinsam beiden Fällen ist Folgendes: Es handelt sich um chronisch kranke Erwachsene; beide Patt. litten an Tuberkulose und chronischer Nephritis. In den letzten Lebenstagen hatte sich bei den Kranken eine Erkrankung des Zahnfleisches und der Lippen entwickelt, die aber keinen Verdacht auf Diphtherie erweckte. Bei der Autopsie fand sich in dem einen Fall ein gelbliches schmieriges Exsudat auf der erkrankten Schleimhaut, das ohne Substanzverlust entfernt werden konnte; in dem anderen Fall bestand eine Membran, nach deren Entfernung ein oberfläch-

licher Snbstanzverlust in der Schleimhaut der Lippen und des Zahnfleisches zurückblieb. Die genaue Untersuchung mit Hülfe von Kulturen und Tierversuchen ergab in beiden Fällen, dass der Diphtheriebacillus Ursache der Schleimhauterkrankung war. Die übrige Mundschleimhaut erwies sich als gesund, ebenso der Larynx. Dagegen fand sich in dem einen Falle eine akute Gastritis, ebenfalls hervorgerufen durch Löffler-Bacillen. In beiden Fällen war die Infektion im Krankenhause erfolgt. Vf. zählt die Fälle zu den von Heubner beschriebenen Formen der „larvirten Diphtherie".

2) Ein $2^1/_2$jähr. Kind, das eine frische, von einer Verbrennung herrührende Narbe am Halse hatte, wurde von seiner Mutter auf diese Stelle geküsst. Am nächsten Tage erkrankte die Mutter an Diphtherie. Den zweitfolgenden Tag war die geküsste Stelle weisslich verfärbt; die bakteriologische Untersuchung ergab Löffler'sche Bacillen. Unter Anwendung von Seruminjektionen und eines Occlusivverbandes genas das Kind.

Von Interesse sind folgende Punkte: 1. Die Art der Infektion. 2. Die Diphtherie breitete sich nur so weit aus, als die frische Hautnarbe reichte, die Umgebung der Narbe, welche noch granulirte, wurde ganz verschont; ebenso blieb der Rachen des Kindes frei von Diphtherie. 3. Die Inkubationszeit liess sich genau bestimmen; sie betrug 2 Tage. — Dass die Haut infolge des Kusses erkrankte, erklärt sich wohl daraus, dass die junge Narbe nur einen ungenügenden Schutz gegen die Infektion gewährte.

Stadthagen.

H. Reineboth, Experimentelle Studien über die Wiederausdehnung der Lunge bei offener Brusthöhle, insbesondere nach Operation des Empyems. D. Arch. f. klin. Med. LVIII. (2/3.)

Die Heilung des durch eine Empyemoperation entstandenen offenen Pneumothorax erklärte Roser durch ein successives Verwachten des Lungenfelles mit dem Brustfell vom Hilus aus nach der Peripherie. Demgegenüber betonen Weissgerber, ferner Bouveret die im Respirationsmechanismus des Thorax begründeten mechanischen Einflüsse, durch welche die Ausdehnung besorgt wird. Letzterer Autor hebt ebenso wie später Schede die Wichtigkeit eines gut abschliessenden, dichten, antiseptischen Verbandes hervor, da dieser, wie eine Art Klappenventil wirkend, bei forcirten Exspirationen und Husten den Austritt der Luft gestattet, während er im Moment der Inspiration fest an den Thorax angesaugt wird.

Was die Atembewegungen der afficirten Lunge beim offenen Pneumothorax anlangt, so kommt es hierbei, nach Sehrwald, durchaus nicht auf die absolute Grösse der Oeffnung an, sondern lediglich auf das relative Verhältnis zwischen der Grösse der Fistelöffnung und der Weite der zuführenden Luftwege. Wenn der Bronchus der gesunden Lunge und die Oeffnung der Thoraxwand eine ungefähr gleiche Weite haben, so besteht Stillstand der collabirten Lunge; ist die Oeffnung in der Thoraxwand kleiner als der Querschnitt des Bronchus, so dehnt sich die Lunge bei der Inspiration aus und sinkt bei der Exspiration zusammen; umgekehrt liegen die Dinge, falls die Oeffnung in der Thoraxwand weiter ist als der Querschnitt des Bronchus. In einer Reihe von Tierversuchen experimentirte nun Vf. zunächst

derartig, dass er eine äussere Fistelöffnung anlegte, die kleiner war, als die Weite des Bronchus. Die hierbei stets collabirende Lunge führte bei den Respiration Volumenschwankungen aus im Sinne der normalen Atembewegungen; klemmt man auf der Höhe forcirter Inspiration die Trachea zu, so dass starke Exspirationen entstehen, so wird die collabirte Lunge des Pneumothorax von der gesunden Seite her aufgebläht. Wurde dagegen beim Kaninchen eine den Durchmesser des Bronchus an Weite übertreffende Thoraxöffnung angelegt, so liessen sich bei gewöhnlicher Atmung keine Volumenschwankungen der collabirten Lunge konstatiren; bei stark forcirter Inspiration jedoch fand eine Volumenverminderung, bei stark forcirter Exspiration nach Trachealverschluss eine Aufblähung der collabirten Lunge statt. — Ueber den Einfluss des Verbandes lehren die Experimente des Verf.'s, dass die Druckschwankungen der Pleurahöhle mit zunehmender Verengerung der Oeffnung zunehmen; der Verband wirkte in demselben Sinne, wie eine Verkleinerung der Resektionsöffnung. Die Möglichkeit, dass durch starke Dehnungen infolge Hustens oder Pressens allmählich eine gewisse Ausdehnung der Pneumothoraxlunge eintreten kann, ist nicht von der Hand zu weisen. Das Haupterfordernis einer rationellen Nachbehandlung nach der Empyemoperation ist demnach ein angemessener Verband; es empfiehlt sich ferner, den Pat. nach der Operation husten zu lassen, resp. den vorhandenen Husten nicht zu bekämpfen; die auf der Pleura liegende Fibrindecke ist, wenn möglich, auf mechanische Weise zu entfernen; Atembewegungen sind nützlich, da die Bewegungen der Lunge unter dem Verbande im Sinne der gesunden Lunge erfolgen. Perl.

---

1) **J. Guillemot,** Une endémie de paralysies radiculaires obstétricales. Annales de gynéc. 1897, Janvier.
2) **G. Fieux,** De la pathogénie des paralysies brachiales chez le nouveau-né. Paralysies obstétricales. Ebenda.
3) **F. Jolly,** Ueber infantile Entbindungslähmungen. Charité-Annalen. XXI. Jahrg. 1896.

1) Aus der Praxis des Dr. Prouff zu Morlaix teilt G. eine Reihe von Beobachtungen (12) mit, welche sämmtlich Entbindungslähmungen der Schulter- und Armmuskeln betrafen. Vorwiegend erscheinen die unteren Bündel des Trapezius beteiligt, meist aber bestanden auch Läsionen im Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk, von denen dann wieder atrophische Zustände der das Gelenk umgebenden Muskeln abhängig waren. Ebendeswegen wichen auch die beobachteten Lähmungen von dem klassischen Typus der Entbindungslähmungen mehr oder weniger ab. Im Ganzen waren so 30 Neugeborene durch gewaltsame Extraktionen an den Füssen durch eine Hebamme geschädigt worden.

2) Dem Verf. genügen die bisherigen Erklärungen über das Zustandekommen der Entbindungslähmungen nach dem Typus Duchenne-Erb nicht. Durch anatomische Untersuchungen und Experimente an Tieren erweist er, dass die zwei obersten Wurzeln des Pl. brachialis des Fötus (die 5. und 6.) bei schwierigen Entbindungen am meisten gezerrt werden oder am ehesten abreissen, und dass der M. deltoideus als der von den obersten Fäden des

Pl. brachialis innervirte Muskel bei diesen Entbindungslähmungen der zumeist geschädigte ist. Bernhardt.

3) Im ersten Falle bestand bei einem einjährigen Kinde eine direkt nach der Geburt (Anlegung von Zange und Lösung des rechten Armes) bemerkte und zweifellos während derselben entstandene vollständige schlaffe Lähmung des rechten Armes, die weiterhin zur Atrophie der gelähmten Muskeln mit Entartungsreaktion führte. Zuerst funktionsfähig wurden im ersten halben Jahre der Deltoideus und Biceps (obere Plexusgruppe). Dagegen fehlten noch nach $1^1/_2$ Jahren die Wirkung des Triceps und der Streckmuskeln der Hand völlig (Radialislähmung) und die Hand stand in Krallenstellung (Ulnarislähmung). Eine langsam fortschreitende Besserung (Eintritt der geschwundenen faradischen Erregbarkeit) war jedoch auch in den gelähmten Muskeln nicht zu verkennen. Die Geburtslähmungen (vorwiegend obere Plexuslähmungen) entstehen am häufigsten bei Steisslagen durch Druck des Fingers bei dem Prager Handgriff. Bei vorliegendem Kopf kann der Arm nach rückwärts geschlagen sein und das nach oben gedrehte Schlüsselbein eine Kompression des Plexus am Erb'schen Punkt verursachen (Kompression zwischen Schlüsselbein und erster Rippe [Bernhardt]). Bei gewöhnlichen Schädellagen mit protrahirter Geburt kommt wohl weniger der Fingerdruck in der Achselhöhle (Duchenne)in Betracht, als, wie J. mit Schultze annimmt, eine Kompression, indem durch den Zug von der Achselhöhle aus das Schlüsselbein erhoben und nach rückwärts gedreht wird. — Lähmungen in den unteren Abschnitten des Plexus brachialis (Vorderarm und Hand) kommen nicht selten durch Frakturen und Luxationen des Unterarms zu stande. Nach einer Zusammenstellung von Peters kann jedoch eine Monoplegie des Armes auch nach normalen Geburten ohne manuelle Eingriffe vorkommen, und zwar bei vorliegendem Kopf durch Zerrung des Plexus brachialis auf derjenigen Seite, deren Schulter der Schambeinfuge der Mutter anfliegt. Bei der Geburt in erster Scheitellage, wie in dem hier beschriebenen Falle, ist eine rechtsseitige Monoplegie zu erwarten. — Auch im zweiten Falle handelt es sich um eine kombinirte, nicht ganz vollständige Lähmung im Gebiete des Plexus brachialis; am stärksten war das Gebiet des N. radialis betroffen. — Im dritten Falle war die Form der Lähmung eine ganz ungewöhnliche. Hier waren die Oberarme abducirt und nach oben gerichtet, resp. erhoben, ohne dass eine Luxation im Schultergelenk vorlag. Die Lähmung war doppelseitig und betraf symmetrisch den Pectoralis major, Latissimus dorsi, Triceps und fast alle Muskeln der Vorderarme und Hände (also aus dem oberen Plexustheil, N. thoracicus anterior und subscapularis und ferner Nn. radialis, medianus, ulnaris aus dem mittleren und unteren Plexusabschnitt). Es bestand von Anfang an normale elektrische Erregbarkeit und Funktion beiderseits im M. deltoideus und biceps. So erklärt sich die erhobene Stellung beider Arme mit stark flectirtem Vorderarm und herabhängenden Händen. Die bei der Erhebung der Arme thätigen Muskeln erschlafften im Schlaf vollkommen. Die vollständige Symmetrie und das elektive Verhalten der Lähmung lassen die Ursache central in den Wurzeln suchen, etwa an der Austrittsstelle des 7. Wurzelpaares. S. Kalischer.

1) **Th. Benda**, Ein Fall von Hämatomyelie. D. med. Wochenschr. 1896, No. 44.

2) **A. Goldscheider** und **E. Flatau**, Ueber Hämatomyelie. Zeitschr. für klin. Med. 1896. XXXI. (3/4.)

1) Der mitgeteilte Fall betrifft einen 40jährigen Turnlehrer, der beim Schwimmen Wasser schluckte und dabei plötzlich den Kopf nach hinten warf und das Kreuz einzog. Danach schwankte er wie gelähmt, hatte Schmerzen im Rücken. In den nächsten Tagen war das Urinlassen erschwert; er fühlte sich schwach auf den Beinen und hatte ein Gefühl von Kriebeln, Taubheit, Kälte am Rücken und an den unteren Extremitäten. Der Gang war spastisch-paretisch; im rechten Bein bestand ein Spasmus, Erhöhung des Patellarreflexes und Fussclonus; am rechten Bein bis zur Brusthöhe bestand eine dissociirte Empfinduugslähmnng (erhaltenes Tastgefühl bei aufgehobenem Schmerzgefühl nnd herabgesetzter Temperaturempfindung). Durch Ruhe etc. trat in kurzer Zeit Besserung ein; zuerst schwand die Blasenstörung, dann die Schwäche im rechten Bein und nach fünf Wochen waren nur noch geringe Spannung im rechten Bein und schwaches Gürtelgefühl vorhanden. Die Sensibilität war wieder nnversehrt. Hysterische Erscheiuungen fehlten. B. nimmt als Ursache der Erscheinungen eine Blutung in die Rückenmarksubstanz an, und zwar im mittleren Dorsalteil; dafür spricht das schnelle Auftreten und allmähliche Schwinden der genannten Symptome. Aetiologisch kommt die heftige plötzliche ruckartige Bewegung und Zerrung der Wirbelsäule in Betracht.

2) Die Verff. injicirten an Leichen wie auch bei einem lebenden Hunde Injektionsflüssigkeiten von Carmin, Fuchsin, Methylenblau, Berlinerblau in einzelne Teile des Rückenmarks, und zwar an verschiedenen Stellen (Vorderhorn, Hinterhorn, Seiten- und Hinterstränge) mittelst einer Pravaz'schen Spritze. Nach der Injektion wurden die Stücke in Formol gebracht. Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigten im grossen Ganzen eine Uebereinstimmung mit den Verhältnissen der klinischen Hämatomyelie, namentlich hinsichtlich der Gesetzmässigkeit der Flüssigkeitsverbreitung. Am günstigsten für die Verbreitung der Flüssigkeit erwies sich die graue Substanz des Dorsalmarks, die besonders locker gebaut ist und weniger markhaltige Fasern und Wurzeln enthält, als das Lumbal- und Cervicalmark. Bei Einspritzungen in das Vorderhorn ergiesst sich die Flüssigkeit nach oben hin, so dass sie entweder im Vorderhorn verbleibt oder in das homolaterale Hinterhorn, oder in die contralaterale graue Substanz übertritt. Bei Injektion in den lateralen Teil des Vorderhorns ergiesst sich die Flüssigkeit auch in die weisse Substanz und hier vorwiegend in die Septa mit Verschonnng der Nervensubstanz. Auch bei den Hinterhornversuchen ist ersichtlich, wie ungemein leicht sich die Flüssigkeit gerade in der grauen Substanz verbreitet und hier mit Vorliebe in dem Hinterhorn und der Mittelzone vor dem Vorderhorn; in dieser Gegend kann sich die Flüssigkeit durch weite Längen des Rückenmarks ausbreiten, ohne auf die benachbarten Teile (Vorderhorn etc.) überzutreten. Der Centralkanal bei Erwachsenen bietet kaum einen geeigneten Weg für die Längsverbreitnng der Flüssigkeit, da er meist obliterirt ist. S. Kalischer.

L. Nielsen, Melanosis et Keratosis arsenicalis. Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIV. No. 3.

Bei einem 66jähr. Manne, der wegen eines Eczems an Händen und Unterschenkeln etwa ein Jahr lang 3mal täglich 5 Tropfen Sol. Fowleri genommen hatte, zeigte die Haut des ganzen Körpers mit Ausnahme der Hände eine diffuse kaffeebraune Verfärbung von verschiedener Schattirung. Am intensivsten war dieselbe an Hals, Nacken und Oberschenkeln, demnächst in der Schultergegend und oberen Thoraxpartie, an den Nates, in der Inginalgegend und an den Genitalien. Das Gesicht erschien nur wenig auffallend gebräunt. Zahlreiche, in die Pigmentirung eingesprengte, dicht zusammenstehende, stecknadelkopfgrosse helle Fleckchen traten namentlich an den am dunkelsten gefärbten Teilen deutlich hervor. Ferner zeigte sich in den Hohlhänden und an der Volarseite, teilweise auch an den Seitenwänden der Finger die Epidermis verdickt, trocken, hart und mit vielen kleinsten bis fast erbsengrossen harten, hornartigen Auswüchsen von gelblich-brauner Farbe besetzt, die nach dem Abschneiden immer schnell wieder wuchsen. Aehnliche Veränderungen mit zum Teil noch grösseren Hornauswüchsen wiesen auch die Fusssohlen auf. Die Pigmentirung war aufgetreten, als der Pat. einige Monate die Fowler'sche Lösung genommen hatte, die Keratose der Hände und Füsse etwas später; beide bestanden noch $^5/_4$ Jahre nach Aussetzen des Mittels ziemlich unverändert.

Verf. schliesst an die Mitteilung des Falles eine ausführliche Uebersicht über die Litteratur des Gegenstandes. H. Müller.

Neumann, Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus vegetans. Wiener klin. Wochenschr. 1897, No. 8.

N. berichtet über 2 neue Beobachtungen dieser meist in kurzer Zeit zum Tode führenden Pemphigusart und giebt eine tabellarische Uebersicht über die bisher bekannt gewordenen 41 Fälle. H. Müller.

H. Fritsch, Der Tod nach Laparotomie. Prager med. Wochenschr. 1896, No. 41.

Der verschiedene Verlauf dreier hintereinander gemachter Laparotomieen, trotz gleicher Vorbereitung und Technik, ist darauf zurückzuführen, dass verschiedene Gewebe und so auch verschiedene Menschen verschieden auf Bakterieninvasion reagiren. Das wichtigste Organ, um das es sich hier handelt, ist das Peritoneum, es resorbirt sehr schnell; Coccen, die in das gesunde Peritoneum kommen, werden sehr rasch unschädlich, indem sie, mechanisch fortgeschafft, in die Lymphe und in das Blut gelangen, welches sie vernichtet, indem es sie auffrisst und wieder ausstösst. Doch ist hierzu dreierlei notwendig:

1. es dürfen nicht zu viel Coccen sein;
2. ist eine ungestörte Cirkulation und ein gesundes Herz notwendig;
3. muss die Funktion des Peritoneum normal sein.

Verf. kommt zu folgendem Schlusse: Abgesehen von der Infektion sind besonders Herzschwäche und Schädigung der Peritoneal- und Darmfunktion gefährlich. Also nicht ausserhalb, sondern innerhalb des Körpers

Digitized by Google

liegt die Gefahr. Bei schnellem, schonendem Operiren sind die Schädlichkeiten so gering, dass die allgemeine und lokale Vitalität nicht wesentlich herabgesetzt wird.

Für die Praxis sind daraus folgende Schlüsse zu ziehen:

Bei geschwächtem oder schwachem Herzen, bei Thrombose nach Influenza etc. soll man nicht operiren, sondern warten.

Vor den Operationen sind schwächende Vorbereitungskuren (zu kühle Bäder, Hungern, starke Abführmittel) contraindicirt.

Gegen die Anschauung, dass bei guter Antisepsis jedes Ziel erreichbar ist, muss jetzt die Reaktion eintreten. Gute Technik, Geschick und Erfahrung sind sehr wichtig für den Erfolg. A. Martin.

Ahlfeld, Die Bedeutung der äusseren Untersuchung der Gebärenden gegenüber der inneren. D. med. Wochenschr. 1896, No. 44.

Veranlasst durch die jetzt sehr thätige Agitation für die Zurückdrängung der inneren Untersuchung intra partum, stellt Verfasser in eingehender Weise die Mängel dar, die eine äussere Untersuchung allein bringen kann, und kommt zu dem Schlusse, dass nicht grössere Verwendung der äusseren Untersuchung und Zurückdrängung der inneren, sondern eine Vervollkommnung der äusseren und inneren Untersuchung der Gebärenden von Nutzen sei.

Die äussere Untersuchung der Gebärenden, bemerkt der Verf., lässt nur einen kleinen Teil der für Mutter und Kind verhängnisvollen Geburtsanomalien erkennen, und der gewissenhafte Arzt muss eine innere Untersuchung vornehmen; denn ohne innere Untersuchung keine Fortbildung in der Erkenntnis der normalen und anormalen Geburtsvorgänge. Wenn von anderer Seite vorgehalten wird, dass oft eine ungenügende Desinfektion der Finger bei der inneren Untersuchung Schaden bringe, so hält Verf. dem entgegen, dass es besser wäre, eine relativ leicht auszuführende wirksame Desinfektionsmethode zu suchen und einzuführen, als für die Allgemeinheit die innere Untersuchung bis auf ein Minimum einzuschränken.

A. Martin.

C. Binz, Die Reduktion der Arsensäure durch Organsäfte. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. XXXVIII. S. 259.

Die Fortsetzung der früheren Arbeit über die Oxydation der arsenigen Säure durch Organsäfte (Cbl. 1895, S. 928). Als Hauptergebnis der neuen Versuche wurde die Bestätigung gewonnen, dass frische Teile des Organismus, besonders die Leber und der lebende Dünndarm, die Arsensäure zu arseniger Säure reduciren. Beide Organe wirken gleichzeitig in ganz entgegengesetzter Weise, sie oxydiren arsenige Säure und reduciren Arsensäure. Auch diesmal sind die Procentverhältnisse sehr hoch, bis zu 77,6 pCt. des dialysirten Anteils der vorhandenen Arsensäure. Glykogen und Traubenzucker bewirkten diese Reduktion nicht. Wendelstadt (Bonn).

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **3. Juli.** **No. 27.**

Inhalt: Tümänzew, Beiträge zur Erforschung des Sympathicuseinflusses auf die contralaterale Pupille. (Original-Mitteilung.)

Courtade und Guyon, Motorischer Einfluss des Sympathicus auf den Darm. — Weiss, Ueber den Einfluss des Höhenklimas auf die Hämoglobinbildung. — Kionka, Zur Kenntnis der Fermentwirkungen. — Raudnitz, Ueber die Aufenthaltsdauer der Milch im Magen. — Matthes, Ueber die Eiweisskörper im Harn bei Osteomalacie. — Borst, Ueber Melanose des Pericardiums. — Ewart und Bennett, Thomson, Ueber Operationen am Magen. — König, Hammer, Bedeutung der Durchleuchtung (Röntgen) bei Knochenkrankheiten und Fremdkörpern. — Chiari, Ueber Angiome der Stimmbänder. — Köstlin, Keimgehalt der Frauenmilch und Aetiologie der Mastitis. — Heim, Morphium als Gegengift gegen Cyankalium. — Neumann, Ueber Geschmacksempfindung bei kleinen Kindern. — Witthauer, Ueber Behandlung von Magenkrankheiten. — Gumpertz, Narkosenlähmung des N. cruralis. — Diller und Meyer, Prince, Remlinger, Fälle von Landry'scher Krankheit. — Mundorff, Postdiphtheritische Lähmung, mit Antitoxin behandelt. — Finger, Ueber Lupus follicularis disseminatus. — Galewsky und Schlossmann, Ueber Naevus linearis. — Kopp, Fall von multipler Angiombildung. — v. Winckel, Zur Erweiterung des medicinischen Unterrichtes. — Burger, Fall von Uterusruptur. — Appelstedt, Ueber die Naht frischer Dammrisse.

Beiträge zur Erforschung des Sympathicuseinflusses auf die contralaterale Pupille.

Vorläufige Mitteilung

von

Dr. med. N. Tümänzew.

(Aus dem pharmakologischen Laboratorium von Prof. Joh. Dogiel an der Universität zu Kasan.)

Der Sympathicuseinfluss auf die gleichseitige Pupille ist schon längst bekannt; auf den Einfluss desselben Nerven auf die contralaterale Pupille ist man aber nur in der allerletzten Zeit aufmerksam geworden. Erst 1893 hat Prof. Joh. Dogiel nämlich bei seinen an Hunden, Katzen und Kaninchen angestellten Versuchen, festgestellt, dass die Reizung des Kopf-

stumpfes vom Halssympathycus[1]) an der entsprechenden Seite Erweiterung, an der contralateralen Seite aber Verengerung der Pupille bewirkt.[2]) Diese Erscheinung veranlasste ihn, einen Zusammenhang des gegebenen Sympathicus mit dem pupillenerweiternden Centrum des einen und dem pupillenverengernden Centrum des anderen Auges anzunehmen, wobei er aber die Art der Verbindung nicht näher bestimmt hat.[3])

Nachher haben sich mit diesem Gegenstande SCHENK und FUSS[4]) beschäftigt. Sie führen diese Erscheinung ganz auf sympathische Reaktion zurück, da sie ausblieb, wenn — auch bei der DOGIEL'schen Versuchsanordnung — dafür gesorgt wurde, dass in das Auge der gereizten Seite kein Licht fiel. In ihrer Ansicht bestärkt sie noch der Umstand, dass bei Kaninchen, deren Pupillen nach den Versuchen von KNOLL[5]), STEINACH[6]) u. A. keine sympathische Reaktion aufweisen, die Sympathicusreizung keine Pupillenverengerung an der contralateralen Seite gebe. Jedoch abermals von JOH. DOGIEL an Hunden und Katzen angestellte Versuche[7]), bei welchen das gleichseitige Auge bald bedeckt und bald unbedeckt blieb, überzeugten ihn, dass auch beim bedeckten gleichseitigen Auge eine, wenn auch etwas weniger ausgesprochene Verengerung der Pupille am anderen Auge auftritt. Dabei ist in allen 4 angeführten Versuchen vor der Verengerung zuweilen eine kurzdauernde Erweiterung der contralateralen Pupille vermerkt worden. Bei der durch Atropin bewirkten Paralyse der Oculomotoriusendigungen im Sphincter pupillae des contralateralen Auges wird die in Rede stehende Verengerung nicht erhalten. DOGIEL setzt voraus, dass diese Erscheinung eine ziemlich complicirte ist und dass sich daran nicht allein der Opticus, Sympathicus und Oculomotorius, sondern auch andere Nerven, wie z. B. der Vagus und überhaupt alle sensiblen Nerven, sich beteiligen, oder vielmehr dass die Pupillenreaktion infolge verschiedenartiger Beziehungen aller erwähnten Nerven und des Einflusses dieser Beziehungen auf die Nervenendigungen in der Irismuskulatur eintritt. Eine ophthalmoskopische Beobachtung an Katzen und Hunden, besonders aber an Albinokaninchen ergiebt, dass die Retina- und Choroideagefässe bei der Sympathicusreizung sich gleichmässig und gleichzeitig zusammenziehen. Hieraus folge, „falls diese Beobachtung nicht Selbsttäuschung ist", dass diese vom Sympathicus bewirkten „Veränderungen der Pupillenweite nicht unmittelbar von einer Veränderung der Gefässlumina abhängen, sondern unter Beteiligung des speziellen Nerven- und des Muskelapparates vor sich geht."

Die soeben erwähnte Veränderung in der Gefässweite ist auch von anderen, bei den Versuchen von JOH. DOGIEL anwesenden Aerzten gesehen

---

[1]) Der Kürze halber soll der Kopfstumpf des Halssympathicus fernerhin einfach als Sympathicus bezeichnet werden.

[2]) JOH. DOGIEL, Gazeta Lekarska 1893, No. 43, und Neurolog. Bote 1894. Bd. II. Liefg. 2.

[3]) JOH. DOGIEL, Arch. f. d. ges. Physiol. 1894. Bd. 56.

[4]) SCHENK und FUSS, Ebenda. 1895. Bd. 62. S. 494.

[5]) KNOLL, Beiträge zur Anatomie und Physiologie von C. ECKHARD. 1869. Bd. IV. S. 109.

[6]) STEINACH, Arch. f. d. ges. Physiol. 1890. Bd. 47. S. 289.

[7]) JOH. DOGIEL, Nowe badania nad udzialem nerwów. Gazeta Lekarska 1896.

worden. „Von der Richtigkeit dieser Behanptung habe anch ich mich überzeugen können", sagte in seiner Dissertation Elinsson[1]), welcher mehrere Jahre hindurch die Angenkrankheiten nnter der Leitung des so hekannten Ophthalmologen E. Adamück stndirt hat.

Damit ist aher anch die ganze Litteratnr des in Rede stehenden Gegenstandes erschöpft.

Meine Aufgabe war, das Zustandekommen der Verengerung der contralateralen Pupille hei der Sympathicusreizung möglichst klarzulegen.

Die Schwankungen der Pupillenweite hängen bekanntlich von einer Menge von Faktoren ab, welche von einigen Forschern[2]) in physiologische nnd physikalische eingeteilt werden. Zu den ersteren gehören die reflektorische und associirte Bewegungen hewirkenden Momente, zn den letzteren die elastischen und hydraulischen.

Findet das Experiment unter Cnrare-Anwendung statt, so weist ein positives Resnltat schon darauf hin, dass die zur Beobachtung gelangende Erscheinnng keine associirte Bewegung darstellt, da eine solche Versnchsanordnnng Accommodation und Konvergenz ansschliesst. In solchem Falle gilt es, zu entscheiden:

1. Oh die Pupillenverengerung infolge der Sympathicnsreizung an der anderen Seite nicht nur durch die Elasticität der Irisgewehe hedingt ist?

2. Ob diese Erscheinung nicht durch die Veränderungen in der Gefässweite nnd des Blutdruckes in der Iris desselben Auges hervorgernfen wird?

Kommt aber die in Rede stehende Pupillenverengernng weder durch Association, noch durch hydraulische Ursachen zu stande und ist sie anch nicht ein Produkt der Elasticität, so muss sie eine physiologische sein. Alsdann harren folgende Fragen der Lösnng:

1. Liegt hier nicht eine sympathetische Reaktion vor? Bei derselhen würden jedoch die Bewegungen beider Pupillen gleich sein, während sie nnter den gegehenen Bedingungen aber doch entgegengesetzt sind.

2. Findet eine von der sympathetischen Reaktion nnahhängige Pupillenverengerung infolge der Sympathicnsreizung der contralateralen Seite statt.

3. Ist das der Fall, so galt es, festzustellen, oh die Pupillenverengernng nicht von den Veränderungen der Blntcirkulation, des intraocnlaren Dnckes etc. in dem Auge der gereizten Seite ahhängt.

4. Oder ist die in Rede stehende Pupillenverengernng nicht durch die in demselhen Ange unter dem Einflnss der Reiznng stattfindenden Veränderungen bedingt.

Fällt das Resultat negativ aus, so muss festgestellt werden, auf welchen Bahnen die Uehermittlnng der Reizung von dem sympathischen Nerven auf das contralaterale Auge vor sich geht, d. h. ob sie durch die Anastomose des Sympathicns mit anderen Nerven am Halse oder Kopfe oder durch die Gefässgeflechte an der Carotis interna stattfindet.

5. Spielen die Hirnnerven hierhei eine Rolle, und wenn, welche von ihnen?

---

[1]) Elinsson, Ueber die vasomotorischen Nerven der Retina. Kasan. Dissert. 1896. S. 8.

[2]) Steinach, Arch. f. d. ges. Physiol. 1890. Bd. 47. S. 289.

6. In welchen Centren ist die Ursache der in Rede stehenden Erscheinungen zu suchen.

Vor der Beschreibung der zur Lösnng dieser Fragen angestellten Versnche verdient aber ein Umstand besondere Erwähnung.

Meine Vorgänger haben die Schwankungen der Pupillenweite ohne weitere Hüfsmittel einfach beobachtet. Hierbei können aber geringe Veränderungen in der Pnpillenweite unbemerkt bleiben, wenigstens waren bei meinen Versuchen die gleichzeitigen Angaben zweier Beobachter über die Pupillenbewegungen eines und desselben Auges in vielen Fällen widersprechend. Aus diesem Grunde musste ich der Messung der Pnpillenweite den Vorzug einräumen.

Von den Messungsmethoden der Pupillenweite erhält man die genannten Resultate bei der Anwendung des Photochoreographen von BELLÄRMINOW[1]), welches Instrument ich aber nicht erhalten konnte. Die übrigen, von FOLLIN[2]), HALMOGRAM[3]), OLBERS[4]), FICK[5]), LANDOLT[6]), DONDERS[7]), ARLT[8]), FR. FRANCK u. A. angegebenen Methoden sind bei künstlicher Atmung etwas nnbeqnem oder verlangen das Augenmass, bieten also somit keinen Vorzug vor meinem Verfahren.

Da mich hauptsächlich nur die groben Veränderungen in der Pupillenweite, nämlich ob nnter den angegebenen Bedingungen ihre Verengerung oder Erweiterung erhalten wird, interessirten, so benutze ich eine nicht besonders genaue, für meine Zwecke aber genügende Methode: an den gut fixirten Kopf des curarisirten Tieres wurde ein ringförmiges, Millimeterteilung tragendes Maass aus Papier derart befestigt, dass es dem Nivean der grössten Pupillenweite möglichst angepasst war, und mit einem Ange beobachtet.

Die Versuchsanordnung selbst war folgende: das chloroformirte, mit dem Bauche nach oben an ein Brett befestigte Tier (meist Katzen) wurde tracheotomirt und seine Venen am Halse oder am Schenkel zur Injektion von Curarelösung freigelegt. War das Tier aufgewacht, so wnrde die wässerige Curarelösnng (8 pM.) injicirt und, nachdem die Atembewegungen anfgehört hatten, künstliche Atmnng eingeleitet. Hierauf wurde der Halssympathicus auspräparirt und derart durchschnitten, dass sein Kopfstumpf bequem gereizt werden konnte. Zur Reiznng diente der Schlittenapparat DU BOIS-REYMOND's mit einem mittelgrossen GRENET'schen Element. Die Stromstärke ersieht man aus den Protokollen dnrch den in Centimetern angegebenen Abstand zwischen den Spiralen. Der Verschluss des Auges geschah mit der Hand, welche die Lider auseinander brachte, wobei jedoch

---

[1]) BELLÄRMINOW, Versnch zur Anwendung der graphischen Methode bei der Untersuchung der Pupille und des intraocularen Druckes (vermittelst der Photographie). St. Petersburg. Dissert. 1886.

[2]) LEBLANC, Essai sur l. modifications de la pupille. Paris. 1875.

[3]) LEBLANC, Ibidem.

[4]) LEBLANC, Ibidem.

[5]) LEBLANC, Ibidem.

[6]) LEBLANC, Ibidem.

[7]) BRAUNSTEIN, Zur Lehre von der Innervation der Irisbewegungen. Charkow. 1893.

[8]) BRAUNSTEIN, Ebenda.

jeder Druck auf den Augapfel vermieden wurde; zuweilen bediente ich mich hierzu der Pincette.

Eine ganze Reihe von Versuchen mit der Durchschneidung verschiedener Sympathicuszweige und ebenso mit Enucleation des Auges an der entsprechenden Seite erlauben mir zu behaupten, dass die schon 1893 von Joh. Dogiel angegebene Pupillenverengerung infolge der Sympathicusreizung an der contralateralen Seite 1. nicht durch die Veränderungen in dem an der Seite des gereizten Sympathicus befindlichen Auges bedingt ist, 2. nicht ganz als eine Folge der sympathetischen Pupillenreaktion, wie Schenk und Fuss es annehmen, aufgefasst werden kann, 3. wahrscheinlich nicht von den Veränderungen in dem zu dem gereizten Sympathicus contralateralen Auge abhängt, 4. eine neu entdeckte, durch die in der Gegend des Sinus cavernosus den Hirnnerven sich hinzugesellenden Sympathicusfasern vermittelte Reflexerscheinung darstellt, 5. allem Anschein nach hauptsächlich durch jene (von mir vorausgesetzten) Sympathicusfasern, welche im Sinus cavernosus zum Oculomotorius sich hinzugesellen und in seinem Stamm zu dessen Centren verlaufen, zu stande kommt, 6. unter dem Einfluss der pupillenverengernden Oculomotoriusfasern zu stande kommt. Ausserdem erwies sich 7., dass die Hauptmasse der Sympathicusfasern (in der Form eines ganzen Bündels) aus dem oberen Halsknoten (bei Katzen) nicht mit der Art. carot. int., sondern auf einem ganz anderen, ähnlich dem von Fr. Franck[1]) angegebenen Wege in den Sinus cavernosus gelangen, und 8., dass die Pupillenerweiterer sogleich vor dem Ganglion Gasseri in der Form einiger Bündel oder Fasern verlaufen.

Meine anatomischen Untersuchungen, bei welchen einige Abschnitte des Gehirns mit Methylenblau behandelt wurden, zwingen mich zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Ein Teil der Fasern des Tractus pedunculoris transversus entspringt aus einem besonderen, auf dem vorderen Bindearm, dicht am vorderen Rande des vorderen Vierhügels gelegenen Ganglion.

2. An den Nervenzellen der oberen Fläche des vorderen Vierhügels lässt sich ein pericelluläres Geflecht nachweisen.

3. In den oberflächlichen Schichten des vorderen Vierhügels sind Nervenendigungen vorhanden, welche wahrscheinlich den Opticusfasern angehören.

4. In dem Corp. genicul. laterale endigen eine Menge von im Tractus opticus verlaufenden und aus der Peripherie stammenden Nervenfasern.

5. Zwischen diesen (sub 4 erwähnten) Endigungen befinden sich die Endigungen anderer, aus dem medialen Hirnabschnitte stammenden Nervenfasern.

6. Die Oberfläche des Conariums (unter der Membrana propria) ist mit Nervenzellen besät.

7. An den Nervenzellen der Gland. pinealis (Conarium) kann ein dieselben umflechtender Nervenfaden, welcher allem Anschein nach hierselbst auch mit einer knopfförmigen Verdickung endet, nachgewiesen werden.

---

[1]) François-Franck, Physiologie expérimentale. Travaux. du laboratoire de M. Marey. IV. Paris. 1880.

8. Unter den Nervenzellen der Gland. pinealis befinden sich solche, deren Axencylinderfortsatz dortselbst auch endet.

9. In der Tiefe der Marksubstanz der oberen Conariumfläche finden sich verzweigte Gebilde, welche nach dem herrschenden Brauch als Nervenfaserendigungen angesehen werden müssen.

Courtade und **Guyon**, Influence motrice du grand sympathique sur l'intestin grêle. Arch. de physiol. 1807. S. 422.

Verff. beschreiben eine Methode, welche an der freigelegten und in körperwarme physiologische NaCl-Lösung versenkten Darmschlinge eines Hundes die Bewegungen der Längs- und der Ringmuskelfasern gleichzeitig und doch voneinander getrennt zu registriren erlaubt; es muss dieserhalb auf das Original verwiesen werden.

An der normalen Peristaltik des Darmes beteiligen sich, wie bekannt, die Längs- wie die Quermuskeln, aber — was bemerkenswert erscheint — letztere in weit höherem Grade, als erstere. Und zwar bewegen sich beide Lagen gleichzeitig, seltener nacheinander; auch können die Kontraktionen der einen Schicht magenwärts, die der anderen afterwärts ziehen. Wird der N. splanchnicus maj. gereizt, so sistirt momentan die Peristaltik, indem die Längsfasern ausnahmslos erschlafft, die Ringfasern zumeist kontrahirt und nur bei schwachen Reizen gleichfalls erschlafft werden. Dasselbe Resultat erhält man, ob man vom durchschnittenen Splanchnicus den peripheren oder centralen Stumpf reizt; im ersteren Falle ist die Wirkung eine direkte, in letzterem eine reflektorische, die sich durch eine schwächere Beteiligung der Ringsmuskeln von der direkten Reizwirkung unterscheidet. Dieselben Erfolge liefert die Splanchnicusreizung auch nach doppelseitiger Vagotomie. Hervorzuheben ist, dass bei sehr intensiver Splanchnicusreizung in seltenen Ausnahmefällen auch der umgekehrte Erfolg eintritt; Kontraktion der Längsmuskeln, Erschlaffung der Ringmuskeln; wenn dies geschieht, handelt es sich immer um Störungen der Blutzufuhr zum Darm infolge der energischen Vasokonstriktion. I. Munk.

J. Weiss, Ueber den angeblichen Einfluss des Höhenklimas auf die Hämoglobinbildung. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 526.

Von verschiedenen Seiten ist konstatirt worden, dass beim Aufenthalt in grossen Höhen die Zahl der roten Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt des Blutes ansteigt. Während in der Regel hieraus geschlossen wurde, dass die absolute Hämoglobinmenge ansteigt, das Höhenklima also die Hämoglobinbildung befördert, hat Bunge darauf hingewiesen, dass möglicherweise auch nur das Blut concentrirter werden, die Quantität des Hämoglobins im Verhältnis zum Körpergewicht dagegen unverändert bleiben könne. Auf Veranlassung von Bunge hat Verf. diese Frage direkt zu entscheiden gesucht, indem von einem Wurf Kaninchen die eine Hälfte auf den Pilatus (2070 m ü. M.) gebracht, die andere in Basel (265 m) belassen wurde. Ebenso wurden zwei Versuche in derselben Art in Andermatt (1444 m) und Basel ausgeführt. Nach Ablauf von 4 Wochen wurden die

Blutkörperchen gezählt und der gesammte Hämoglobingehalt der Tiere bestimmt. Es ergab sich, dass bei den in die Höhe verbrachten Tieren die Blutkörperchen in 4 Wochen um 12 bis 24 pCt. zugenommen hatten, der Hämoglobingehalt pro Kilo Tier dagegen unverändert geblieben war. Es liegt somit vorläufig kein Grund vor, einen günstigen Einfluss des Höhenklimas auf die Assimilation des Eisens und die Hämoglobinbildung anzunehmen. E. Salkowski.

H. Kionka, Zur Kenntnis der physiologischen Wirkung der hydrolytischen Fermente. D. med. Wochenschr. 1896, No. 38.

Durch eine grosse Reihe von Versuchen schien festgestellt, dass hydrolytische Fermente, wie Pepsin, Chymosin, Invertin, Diastase etc., in den Tierkörper eingeführt, Fieber erzeugen und zugleich toxisch wirken, und zwar dadurch, dass sie zu zahlreichen Blutungen und Thrombosen führten. Demgegenüber wurde von neueren Autoren behauptet, dass nicht die Fermente, sondern zugleich eingeführte bakterielle Produkte die genannten Wirkungen haben, da bei vorheriger Erhitzung der Fermente auf 130° nichts dergleichen zu beobachten sei. K. stellte nun, für Invertin zunächst, fest, dass Hitze, ferner Filtration durch Thonfilter, Tolnol- und Sublimatzusatz die Wirksamkeit der Fermente stark abschwächen, beziehungsweise aufheben.

Bei vorsichtiger Sublimatbehandlung nach GEPPERT gelingt es, fast sterile und doch noch genügend wirksame Fermente zu erhalten. Diese haben noch fiebererzeugende und toxische Eigenschaften, wenn auch in geringerem Maasse, als die nicht-sterilisirten. A. Loewy.

R. W. Raudnitz, Ueber die Aufenthaltsdauer von Milch im Magen unter verschiedenen Bedingungen. Prager med. Wochenschr. 1896, No. 49.

SCHÜTZ hatte auf Grund von Ausheberungsversuchen angegeben, dass Gärtner'sche Fettmilch den Magen schneller verlässt, als Vollmilch. Verf. kommt auf Grund von Tierversuchen zu dem Schluss, dass nicht nur Messen oder Wägen des mit der Sonde Entleerten, sondern selbst des dem Magen des getöteten Tieres entnommenen Inhaltes zu irrigen Anschauungen führe. Wird viel Sekret vom Magen abgesondert, so sei die Menge des Mageninhaltes zwar gross, trotzdem werde aber mehr durch den Pylorus abgeführt, als wenn nur wenig secernirt werde. Demnach sei die Trockenbestimmung oder besser noch — nach Milchnahrung — die Fettbestimmung allein beweisend. A. Loewy.

M. Matthes, Ueber Eiweisskörper im Urin bei Osteomalacie. Sep.-Abdr. aus den Verhandl. d. Kongr. f. inn. Med. 1896.

Nur in vier Fällen von Osteomalacie ist bisher über Albumosurie, bezw. Peptonurie berichtet worden, doch ist die speziellere Natur der ausgeschiedenen Körper noch nicht ganz klargestellt. Verf. berichtet über einen fünften Fall. Er wurden 2—6 pCt. eines Eiweisskörpers ausgeschieden, dessen Reaktionen genau bestimmt wurden. Der Körper entspricht keiner durch Verdauung oder sonstige Hydratation bisher erhaltenen Albu-

Digitized by Google

mose: er dialysirt nicht, wie es Prot- und Deuteroalbumose thun; das bei 40–60° sich bildende Coagulum löst sich bei Auswaschen mit reinem Wasser oder Dialysirung, was gegen Heteroalbumose spricht. Er peptonisirt sich bei Pepsinverdauung; das Produkt löst sich in absolutem Alkohol, was kein bekannter Eiweisskörper thut, und enthält 1 pCt. Phosphor. — Verf. hält danach die im Harn sich findende Substanz für eine Nucleoalbumose. A. Loewy.

M. Borst, Ueber Melanose des Pericardiums. Virchow's Archiv. Bd. 147. S. 418.

Bei zwei Sektionen tuberkulöser Individuen erschien das Pericardium parietale in ganzer Ausdehnung schwarz gefärbt, ohne dass sich sonst im Körper melanotische Pigmentirungen fanden. Daneben bestanden spärliche, frische Petechien im Epicard. Die Pericardialflüssigkeit enthielt beide Male schwarze Pigmentkörner, Fetttröpfchen, pigmentirte Endothelzellen, im zweiten Fall ovale Tropfen von blassem, gelb-grünlich schillerndem Farbenton, wahrscheinlich Hämoglobin.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte im ersten Falle das Pigment in den Endothelzellen zuerst am Rand, schliesslich das ganze Protoplasma dicht mit schwarzen Körnchen besetzt, während der Kern meist frei von Pigment bleibt. Die körnigen Massen zeigen eine auffallend gleichmässige Grösse; die Zellen zeigen keinerlei Zerfallserscheinungen und sind von normaler Grösse. Der zweite Fall zeigte eine ausserordentliche Vergrösserung sämmtlicher Endothelzellen. Neben den schwarzen Zellen zeigten sich massenhaft mit braunen, rostfarbenen Körnern besetzte Endothelien; in einzelnen Zellen kam braunes und schwarzes Pigment zugleich vor. Ferner fanden sich in- und extracellulär mit den in der Pericardialflüssigkeit gefundenen identische Hämoglobintropfen, die innerhalb des Zellleibs in kleinere Tröpfchen zerfallen und Uebergänge zu den braunen und schwarzen Körnern zeigen.

Der Nachweis, dass die Pigmentkörnchen vom Blutfarbstoff abstammen, ist auch durch die chemische Reaktion zu stützen. Die Berliner Blau-Reaktion fällt positiv aus; 25proc. Essigsäurelösung, sowie verdünnte Salzsäure lösen den Farbstoff auf; Chloroform und 1proc. Osmiumsäure greifen ihn nicht an; 0,6proc. Kochsalzlösung bewirkt teilweise Ablassung.

Das Pigment entstand in diesen Fällen ganz auf dem von M. B. Schmidt geschilderten Wege, durch Umwandlung und intracelluläre Verarbeitung grösserer, vom Stroma gelöster Hämoglobintropfen zu feinsten Körnchen, in denen zuerst ein brauner, dann schwarzer Farbstoff auftritt. Die eisenhaltigen Pigmente sind an Albuminkörper gebunden, nach der Ansicht des Verf.'s allerdings nur mechanisch. Das braune Pigment ist wahrscheinlich Eisenhydroxyd bezw. Hämosiderin; das schwarze Pigment beruht entweder auf der Bildung von Schwefeleisen oder ist metallisches Eisen, das aus dem Eisenoxyd durch Reduktion hervorgegangen ist. Eine Pseudomelanose liegt sicher nicht vor. Als Erklärung für die auffallende Thatsache, dass das Pericard ganz isolirt schwarz gefärbt war, führt Verf. an, dass bei den alten Phthisikern infolge von Schrumpfungsprozessen in den mediastinalen Gewebe die abführenden Lymphwege verschlossen sind,

so dass das ergossene Blut nicht fortgeschafft werden kann, sondern in den Endothelzellen des Pericards aufgehäuft wird. Daneben kanu natürlich eine besondere Beschaffenheit der Endothelzellen selbst eine Rolle spielen. M. Rothmann.

---

1) **W. Ewart** and **W. H. Bennett,** A case of dilatation of the stomach treated by an operation believd to be new. Lancet 1896, July 9.

2) **A. Thomson,** Operative interference in perforated ulcer of the stomach. Ibidem. July 4.

1) Das bei dem 34jährigen Pat. erfolgreich angewandte Verfahren bestand in Einstülpung einer der Längsaxe des Magens entsprechenden Falte und deren Befestigung durch Nähte, welche die Serosa und Muscularis einfassten. In zukünftigen Fällen gedenkt Bennett die Naht nach Art einer Tabacksbeutelnaht mehrfach ein- und auszuführen, bevor sie an der Oberfläche des Magens geknotet wird. Mucosa nnd Submucosa bleiben dabei selbstverständlich intakt.

2) Ausführlicher Bericht über 3 Laparotomieen; bei einem von diesen 3 Patt. fand man keine Perforation, während von den anderen beiden ein 45jähriger Mann nach Nachlass der Magenerscheinungen am 17. Tage an Lungenentzündnng starb, der dritte aber, ein 41jähr. Postbeamter, genas. Th. excidirt nicht das Geschwür, sondern invertirt dessen Umgebung und legt dann Serosanähte an. Zur Reinigung des Bauchfells von ausgetretenem Mageninhalt dient physiologische Kochsalzlösnng oder abgekochtes Wasser; man soll reichlich Flüssigkeit nehmen und keine Spritze verwenden, sondern das Wasser direkt aus dem Gefäss eingiessen und möglichst überall in Kontankt mit dem Peritonenm bringen. Ueberschüssige Flüssigkeit wird mit Schwämmen aufgetupft. P. Güterbock.

---

1) **F. König,** Die Bedentung der Durchleuchtung (Röntgen) für die Diagnose der Knochenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 8.

2) **Hammer,** Auffindung eines metallischen Fremdkörpers im Daumenballen mit Hülfe der Röntgen'schen Strahlen. Ebenda.

1) Es handelte sich um ein 2 Tage nach Ablatio femoris vom abgesetzten Gliede entnommenes Bild in einem Falle, in dem die Diagnose zwischen entzündlicher Erkrankung und Neubildung geschwankt nnd man sich für letztere durch das Auftreten von Palpation im vorderen erweichten Teil des Knochens kurz vor der Operation entschieden hat. Das Bild bot nnterhalb der Gelenkfläche der Tibia statt des Knochenschaftes eine lappig anssehende, sich durch helleren Ton auszeichnende Masse, ausserdem aber in dem äusserlich normalen Gelenkende des Femur eine markstückgrosse, dnnkelcontourirte Figur, welche sich als Enchondroma ergab.

2) Der Fall, eine abgebrochene Nadel betreffend, welche in den Daumenballen in der Richtung von oben nach unten geraten nnd am äusseren Rande des Mittelhandknochens dnrch einen länglichen Schorf kenntlich, im Uebrigen nur vage Beschwerden bot, ist dadurch ausgezeichnet,

dass das Bild ergab, dass die Nadel nicht in der Länge, sondern quer gestellt und nicht unter, sondern oberhalb des Gelenkes lag.

P. Güterbock.

Chiari, Ueber Angiome der Stimmbänder. Arch. f. Laryngol. V.

Echte Angiome der Stimmbänder sind sehr selten; bei vielen der beschriebenen Fälle handelt es sich um gefässreiche Papillome oder Fibrome. Am häufigsten ist das Angioma cavernosum, seltener das einfache Angiom; von Varicen in Form von Tumoren ist fast gar nicht die Rede. Verf. beschreibt zwei derartige Fälle, die beide auf der Mitte des rechten Stimmbandes ihren Sitz hatten: der eine hanfkorngross, blau, ungestielt, wurde operativ entfernt, der andere, zufällig bei der Sektion gefunden, wurde histologisch genau untersucht und vom Verf. mit Abbildung der mikroskopischen Schnitte beschrieben.

Die Angiome finden sich meist bei erwachsenen Männern, scheinen langsam zu entstehen und sind gewöhnlich mit Hyperämie und Katarrh des Kehlkopfes verbunden. Die cavernösen Tumoren sind brombeerartige, dunkelrote oder blau-rote Hervorragungen. Der Varix bildet einen bläulichen Knoten; erst bei bedeutender Grösse veranlassen sie Heiserkeit. Zur Operation empfiehlt sich der Blutung wegen die Galvanocaustik.

W. Lublinski.

Köstlin, Beiträge zur Frage des Keimgehaltes der Frauenmilch und zur Aetiologie der Mastitis. Arch. f. Gynäkol. 1897. LIII. (2.) S. 201.

In einer ausführlicheu Arbeit, in welcher auch die einschlägige Litteratur ausführlich berücksichtigt ist, teilt K. seine Ansicht über den Keimgehalt der Frauenmilch und die Aetiologie der Mastitis mit. Er hat nach ausgiebiger Desinfektion der Mamma und besonders des Warzenhofes, nachdem die erste Milch ausgedrückt war, die zu untersuchende Portion da, wo dies ging, im Strahle aufgefangen, sonst mit der Platinöse abgenommen. Von 100 untersuchten Schwangeren fand er die Milch in 86 Fällen keimhaltig, bei 137 Wöchnerinnen in 91 pCt. und bei 60 Neugeboreneu in 75 pCt. der untersuchten Fälle. Es handelte sich dabei fast stets um die Mikroorganismen, welche auch auf dem Warzenhofe sehr zahlreich vorhanden waren, meist um einen Staphylococcus albus. Die Einwanderung dieser Bakterien erfolgt von aussen, vom Warzenhofe aus durch die Ausführungsgänge der Drüsen. Ein Eindringen auf dem Wege der Blutbahn ist bisher noch nicht einwandsfrei festgestellt worden. Irgendwelche Anhaltspunkte, durch welche der Keimgehalt beeinflusst wurde, konnte K. nicht auffinden. Diese in der normalen Frauenmilch vorkommenden Keime sind unschädlich sowohl für die Mutter wie für das Kind.

Hinsichtlich des Entstehens der Mastitis nimmt Verf. für diejenigen Partei, welche als Eingangspforte Schrunden an den Warzen ansehen, und hält die Ansicht, das Einwandern der Keime geschähe durch die Drüsenausführungsgänge, für irrig. Wo eine Mastitis auftritt, handelt es sich stets um eine Infektion mit Eitererregern; ohne Mikroorganismen, etwa durch Stauung, komme eine Mastitis nicht zu stande. Die von deu Hautverletzungen eindringenden Keime — meist handelt es sich um den Staph.

pyog. aur. — gelangen auf dem Wege der Lymphbahnen in die Tiefe und breiten sich verschieden aus. Eine metastatische, auf dem Wege der Blutbahn entstehende Mastitis ist noch nicht sicher bewiesen.

H. Bischoff.

L. Heim, Morphinchlorid gegen Vergiftung mit Kaliumcyanid. Münchner med. Wochenschr. 1896, No. 37.

Durch eine zufällige Beobachtung entdeckte H. die antagonistische Wirkung von Morphium und Cyankalium. Ein Hund sollte durch Morphium getötet werden und erhielt 0,4 g subkutan injicirt; zur Beschleunigung des Todes erhielt der Hund nach etwa einer Stunde 10 ccm einer 3,3procent. Cyankaliumlösung; wider Erwarten gingen aber nunmehr die Morphium-Intoxikationserscheinungen zurück und erst später starb der Hund unter den Erscheinungen einer Cyankaliumvergiftung.

Diese Beobachtung veranlasste Verf., Versuche darüber anzustellen, ob umgekehrt bei einer Cyankaliumvergiftung Morphiuminjektionen als Gegengift wirkten. Die Versuche wurden an weissen Mäusen angestellt, für die zunächst die tödliche Dosis der beiden Mittel festgestellt wurde; die weiteren Versuche ergaben in der That, dass nachträgliche Morphiuminjektionen bei Mäusen, die tödliche Dosen von Cyankali erhalten hatten, die Tiere zu retten oder doch den Eintritt des Todes hinauszuschieben vermochten; auch bei Hunden wurde dasselbe Resultat erzielt. H. sucht den Vorgang in der Weise zu erklären, dass bei der gegenseitigen Einwirkung von KCN und Morphin unter Mithülfe von Fe im alkalischen Blute Oxydimorphin und Berlinerblau entstehen, beides relativ ungiftige Stoffe.

K. Kronthal.

H. Neumann, Bemerkung über die Geschmacksempfindung bei kleinen Kindern. Jahrb. f. Kinderhlk. XLI. S. 155.

Lichtenstein hatte gefunden, dass bei einem Teil der Rachitiker die Geschmacksempfindung herabgesetzt war oder fehlte, während die gesunden Kinder — von Imbecillen und Idioten abgesehen — normale Verhältnisse zeigten. Dieser Angabe hat Bössem widersprochen; nach seinen Untersuchungen ist sowohl bei gesunden wie bei rachitischen Kindern die Geschmacksempfindung in einzelnen Fällen abgestumpft, ohne dass sich die Rachitiker wesentlich von den Gesunden unterschieden. Diese widersprechenden Angaben veranlassten den Verf., Nachprüfungen anzustellen. Er kommt zu dem Ergebnis, dass sich bei Rachitis die Geschmacksäusserung ebenso verhält, wie bei Kindern, welche auch nicht die geringsten Zeichen von Rachitis haben; herabgesetzt ist die Geschmacksempfindung oder fehlt ganz nur bei solchen Kindern, welche an Krämpfen leiden.

Stadthagen.

Witthauer, Aus der Praxis für die Praxis. Therapeut. Monatshefte 1896, Oktober.

W. empfiehlt die Wismuthbehandlung des runden Magengeschwürs. Er giebt nach der Fleiner'schen Vorschrift das Wismuth in Wasser suspendirt

früh nüchtern, nur mit dem Unterschiede, dass er 10 Tage lang statt 10 g des Mittels 20 g nehmen lässt. Das Mittel wurde stets gern genommen, die Schmerzen nnd sonstigen Beschwerden wichen ausnahmslos in der Zeit von höchstens 10 Tagen und Vergiftungserscheinungen wurden niemals beobachtet. Dagegen trat öfters Obstipation aus, die dnrch Wassereinläufe in das Rectum bekämpft werden musste.

Zur Behandlnng der Hyperacidität nnd der Dilatatio ventriculi giebt W. neben einer entsprechend gewählten Diät von einem Gemisch von Codeïn 0,75, Natr. bicarbon. 50,0 täglich 3—5mal einen halben abgestrichenen Theelöffel in etwas Wasser eine halbe Stunde nach dem Essen. Bei unbemittelten Kranken wählt er statt des genannten Pnlvers das Pnlv. stomachicus der Berliner Magistralformel in gleicher Dosis. Auch Condourangowein 3mal täglich zur Mahlzeit ein Liqnenrglas voll hat sich nützlich erwiesen. Dann verwendet Verfasser Galvanisirnng nnd Massage des Banches; erstere in der Weise, dass eine grosse Elektrode als Kathode auf die Magengegend, die kleinere Anode auf den Rücken gesetzt wird. Die Stromstärke wird bis zu 8 M.-A. gesteigert. Dauer der Galvanisirung 8 Minuten. Bei Ectasie des Magens wird mit konstantem und faradischem Strom abgewechselt. Die Anwendung hat täglich oder jeden zweiten Tag zu geschehen. — Bei der allgemeinen Enteroptose mit ihren Folgeerscheinungen mnss gleichfalls in erster Linie die Diät geregelt werden. Die eigentliche Behandlung beginnt mit einer gründlichen Entleerung des Darmes. Dann folgt gleichfalls eine elektrische und Massagebehandlung des Banches, und zwar 3—4 Wochen lang täglich, dann 14 Tage einen Tag um den andern, bis der Stuhlgang spontan erfolgt. Die Massage, welche etwas complicirt erscheint, dauert jedesmal 15—20 Minnten. Die elektrische Behandlung geschieht in der Weise, dass eine grosse Flächenelektrode anf den Leib, eine kleinere anf die Lendengegend gesetzt wird; erstere wird sodann über die ganze Bauchfläche verschoben. Stromstärke 8 M.-A., Dauer 10 Minnten. Die Erfolge dieser Behandlungsmethode waren fast stets die günstigsten. C. Rosenthal.

K. Gumpertz, Narkosenlähmung des Nervus cruralis. D. med. Wochenschrift 1896, No. 31.

Eine 33jährige Kellnersfrau wurde in der Narkose operirt und diente zu ihrer Lagerung der Sänger'sche Beinhalter, der über dem rechten Knie besonders gedrückt haben soll. Schon am nächsten Tage war das ganze rechte Bein taub und 14 Tage nach der Operation konnte sie mit diesem Bein nicht auftreten; 2 Wochen später konnte sie nnr mit stark gebeugtem rechten Knie nnd gesenktem Becken stehen; beim Gehen blieb die Beugung des Oberschenkels aus, das rechte Bein wurde im Knie gestreckt gehalten und war in der Hüfte abducirt. Im Liegen konnte sie das rechte Bein nicht erhehen, die Streckung des Unterschenkels geschah mit geringer Kraft. Der Stamm des N. cruralis und saphenus major waren in ihrem ganzen Verlauf sehr druckempfindlich, die Schmerzempfindung war herabgesetzt an der Innenfläche des Ober- und Unterschenkels. Die elektrische Erregbarkeit für beide Stromarten war in dem Cruralisgebiete heragesetzt,

auch der Patellarreflex war rechts schwächer. Bei brüsker Kniebeugung trat eine lebhafte Schmerzempfindung ein. In den nächsten Tagen der Beobachtung besserten sich die Erscheinungen langsam.

Die Narkose der Frau hatte $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde gedauert und war das eingeschnallte rechte Bein so am Operationstisch befestigt, dass der Oberschenkel sich in extremer Hüftbeugung befand. Der Beinhalter reichte nur bandbreit über das Knie. S. Kalischer.

---

1) **Th. Diller** and **A. Meyer,** A case of Landry's paralysis with autopsy. Americ. journ. of the med. sc. 1896, April.
2) **M. Prince,** A case of Landry's paralysis with autopsy. Journ. of nerv. and ment. disease 1895, Nov.
3) **P. Remlinger,** Sur un cas de maladie de Landry due à l'infection par le streptocoque. Soc. de biol. 1896, 28 mars.

1) Eine 53jähr. Frau litt seit ca. 4 Wochen an einer zunehmenden Schwäche der Beine und dann der Arme und der Sphincteren. Die Schwäche war progressiv und ca. 3 Monate nach dem Beginn des Leidens und 14 Tage vor dem tödlichen Ausgang waren diese Teile völlig gelähmt. Zehn Tage vor dem Tode traten bulbäre Erscheinungen hinzu, wie Störungen in der Phonation, Deglutition. Die Psyche war nicht alterirt, die Sehnenreflexe erloschen, die Sensibilität intakt, ebenso die elektrische Erregbarkeit und der trophische Zustand der gelähmten Muskeln. Der Tod trat an einer Respirationslähmung ein. Die Sektion erwies makroskopisch keine pathologischen Veränderungen; die mikroskopische Untersuchung ergab intakte Vorderhörner und Wurzeln neben geringen (vielleicht postmortalen) Veränderungen der Pyramidenseitenstränge. Die peripherischen Nerven wurden nicht untersucht.

2) P. berichtet kurz über einen Fall von schnell letal verlaufener Landry'scher Paralyse aller 4 Extremitäten ohne Beteiligung der Sphincteren und der Sensibilität. Der Sektionsbefund und die mikroskopische Untersuchung von Rückenmark und peripherischen Nerven waren völlig negativ. S. Kalischer.

3) Der junge Mann, welcher in Madagaskar an Malaria gelitten, erkrankte nach seiner Rückkehr plötzlich an Paraplegie; die Sphincteren blieben normal; nach 11 Tagen traten Bulbärerscheinungen auf und der Kranke starb. Bei der Autopsie, welche Marinesco durch mikroskopische Untersuchungen vervollständigte, fand sich ein akuter Entzündungszustand in den grauen Vordersäulen. Die Gefässe waren miterkrankt, aus ihrem Inhalt konnten keine Bakterien gezüchtet werden. Dagegen lieferten die Impfungen aus der grauen Substanz Streptococcenkolonieen. In den Ganglienzellen fand man keine Coccen. Das verlängerte Mark und die peripheren Nerven wurden nicht untersucht. M. Brasch.

G. Th. Mundorff, Severe post diphtheritic paralysis in an adult treated by antitoxin. Med. Record 1896, June 27.

Der 20jähr. Pat. erkrankte im Dezember an Diphtherie, nach einigen

Wochen bekam er Artikulations-, Schling- und Phonationsstörungen, Doppelsehen und Beschwerden beim Uriniren und Stuhlgang; dann trat Schwäche der Glieder anf und er kam Anfang März ins Krankenhans. Dort wurden noch alle diese Symptome festgestellt, die Atrophie der Muskeln war eine über Rumpf und Extremitäten ausgebreitete, die Patellareflexe fehlten. Der Pat. bekam Injektionen von Antitoxin und besserte sich darauf der Zustand desselben sehr schnell. M. Brasch.

E. Finger, Ueber Lupus follicularis disseminatus (Tilbnry Fox), Acne teleangiectodes (Kaposi). Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 8.

Verf. beobachtete bei zwei weiblichen Personen von 17 und 30 Jahren an der Stirn und im Gesicht ein aus diskreten, von den Follikeln ausgehenden Papeln bestehendes Exanthem, das auf den ersten Blick für eine Acne gehalten werden konnte. Die jüngsten Effloreseenzen stellten sich dar als stecknadelkopfgrosse, derbe, gelbbraune Knötchen, die älteren, grösseren waren rot oder braunrot und von weicherer Konsistenz; manche von ihnen trugen an der Oberfläche dünne Schüppchen, andere ein durch die Epidermis durchscheinendes gelblich-weisses Pünktchen, das sich beim Anstechen als die Epithelperle eines Miliums erwies. Mit dem scharfen Löffel liessen sich die Knötchen in toto als ein matsches, wie gelatinöses Gewebe herausheben, worauf ein scharfrandiger, stark blutender Substanzverlust zurückblieb, um den sich nach der Vernarbung häufig ein Kranz neuer Knötchen bildete. Von einer gewöhnlichen Acne unterschied sich der Prozess durch das Fehlen entzündlicher Erscheinungen, durch das weiche, braunrote Infiltrat, durch die lange Persistenz der einzelnen Effloreseenzen und ihren Widerstand gegen die übliche Acnetherapie. Dagegen folgte bei der einen, länger in Beobachtung bleibenden Pat. auf Tnberknlin-Injektion eine prompte allgemeine und lokale Reaktion und excidirte Knötchen zeigten um Haarbalg und Talgdrüsen ein Infiltrat aus miliaren, zum Teil im Centrum verkästen Tuberkeln mit Riesenzellen. Von Tuberkelbacillen waren in etwa 50 Schnitten nur 2 zu finden und die Verimpfung von Knötchen auf Meerschweinchen hatte ein negatives Resultat. Verf. ist um so mehr überzeugt, dass es sich wirklich um eine eigenartige Hauttuberkulose handelte, als französische, englische und amerikanische Forscher ganz ähnliche Fälle beschrieben und als eine Form von Lupus gedeutet haben; in einigen derselbeu hatten auch Tierversuche ein positives Ergebnis. Die von Kaposi Acne teleangiectodes benannte Krankheit scheint ebenfalls mit der hier beschriebenen identisch zu sein.

H. Müller.

E. Galewsky und A. Schlossmann, Ueber Naevus linearis. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. S. 85.

Verff. beschreiben einen angeborenen Naevns linearis, den sie bei einem 4jähr. Mädchen beobachteten. Derselbe war in mehr flächenhafter Ausbreitung in der rechten Inguinalgegend lokalisirt nnd zog sich von hier bandförmig am Oberschenkel, ungefähr an der Grenze zwischen dessen vorderer und innerer Fläche, bis 7 cm unterhalb des Knies hin. An der

Rückseite des Körpers fanden sich über den rechten Nates 6 in Kreisen angeordnete Gruppen der warzenartigen Efflorescenzen; eine ähnliche bestand auch auf den linken Nates dicht an der Medianlinie. Auffallend war die erhöhte Reizbarkeit und intensivere Färbung des Naevus im Verlaufe intercurrenter Infektionskrankheiten; überhaupt aber stellten sich auf ihm häufig nässende und juckende Eczeme ein, die zu psychischer Depression des Kindes führten. Es wurde deshalb der bandförmige Teil des Naevus excidirt, das Uebrige in wiederholten Sitzungen mit dem Paquelin zerstört und auf diese Weise dauernde Heilung erzielt. Die anatomische Untersuchung der veränderten Haut zeigte: leichte Verdickung der Hornschicht, Hypertrophie des Rete, kleinzellige Infiltration der oberen Cutisschichten, Vermehrung und Vergrösserung der Schweissdrüsen.

Die Verff. geben eine ausführliche Zusammenstellung der gesammten Litteratur dieser noch unter 18 anderen Namen (Naevus unius lateris, Papilloma neuropathicum, Nervennaevus u. s. w.) beschriebenen Affektion.

H. Müller.

K. Kopp, Ueber einen Fall von multipler Angiombildung. Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXVIII. S. 69.

Bei einem 19jähr. Manne entstanden ohne nachweisbare Ursache und ohne subjektive Beschwerden zunächst am Scrotum und an den Beinen, im Laufe der nächsten Monate aber in immer weiterer Ausbreitung auf Rumpf und Extremitäten (Gesicht, Kopf und Hals blieben verschont) zahllose, kaum nadelstichgrosse Teleangiectasien. Dieselben waren zuerst nicht über das Hautniveau erhaben, doch verwandelte sich weiterhin ein Teil von ihnen in linsengrosse und grössere dunkelkirschrote, leicht kompressible Geschwülstchen mit unregelmässig höckeriger Oberfläche (Angiome), die durch mechanische Einwirkungen, wie Kratzen, energisches Waschen u. dgl. ausserordentlich leicht verletzt wurden, was zu langdauernden Blutungen Veranlassung gab. Der Pat. entzog sich der weiteren Beobachtung. Verf. vermutet einen Zusammenhang der Affektion mit der Pubertätsentwicklung.

H. Müller.

F. v. Winckel, Zur Erweiterung des medicinischen Unterrichtes. Operationskurse an Lebenden. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 46.

Zu der Frage der Reform des klinischen Unterrichtes für den Arzt nimmt Verf. wieder Stellung, nachdem er vor 20 Jahren (Naturforscher-Versammlung in Hamburg 1876) wohl als der Erste mit praktischen Vorschlägen über die Fortbildung der Aerzte hervorgetreten ist. Wohl keiner jener Autoren, welche sich seit jener Zeit mit dieser Frage beschäftigt haben, kann so wie Verf. auf Erfolge seiner Vorschläge hinweisen. Verf. betont jetzt wieder, dass die klinischen Lehrer beim Unterricht auf praktische Kurse und poliklinische Thätigkeit ausserhalb der Ausbildung in klinischen Spezialfächern grösseres Gewicht zu legen haben. Er selbst ist damit vorgegangen, Studirenden in der Klinik in Gegenwart des Lehrers die Vornahme von Operationen zu gestatten, und berichtet nun über zwei solche praktische operative Kurse, die ausserhalb der klinischen Stunden und in besonderen Räumen von ihm auf dem Gebiete der operativen Gynäko-

logie abgehalten worden sind. Die Ergebnisse dieser Kurse sind derartig, dass er sie nicht nur für ausführbar, ja an den grösseren Kliniken für durchaus notwendig erachtet. Die Kranken sind nicht gefährdet worden. Die Studirenden sind mit grosser Begeisterung und Energie an die ihnen gestellte Aufgabe herangetreten. Es erscheint dem Verf. zweifellos, dass, wenn die Chirurgen und die Laryngologen, die inneren Kliniker und die Ophthalmologen in gleicher Weise solche Operationskurse an Lebenden in ihren methodischen Unterricht aufnehmen, dann ein grosser Teil der berechtigten Klagen über die Mangelhaftigkeit des jetzigen klinischen Unterrichtes verstummen wird. A. Martin.

Burger, Ein Fall von Ruptura uteri. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 25.

Verf. beschreibt einen Fall von Ruptur in der hinteren unteren Wand des Uterus mit Vorfall der Dünndärme in die Uterushöhle und das Scheidengewölbe. Es gelingt, in Narkose das Kind zu extrahiren, die Därme durch den Riss in die Bauchhöhle zu reponiren und in dieser Lage zu erhalten, bis infolge fester Uteruskontraktion nach reichlichen Ergotingaben ein Wiederhervorstürzen verhütet wird.

Wochenbettverlauf ohne Besonderheiten. Temperatur nicht über 38,6. Am 10. Tage zwingt der trunkene Mann seine Frau zum Coitus; darauf reichlicher Blutabgang, Leibschmerzen. Temperatur 39,8.

Therapie: Eisblase, Ergotin; darauf schnelle Besserung.

Nach 9 Monaten 6 Tagen Geburt eines Knaben. Die Nachgeburt ist an der Rissstelle adhärent, lässt sich aber manuell leicht abstreifen. — Ein Jahr darauf wurde B. mit derselben Meldung gerufen, fand aber jetzt die Frau schon verblutet. A. Martin.

Apfelstedt, Die Naht frischer Dammrisse. Münchner med. Wochenschrift 1896, No. 25.

Verfasser empfiehlt bei der Naht frischer totaler Dammrisse keine Suturen nach Mastdarm und Scheide zu legen, da dadurch das Eindringen von Flüssigkeit in die Wunde begünstigt und durch die vielen Fäden die Ernährung der Gewebe gestört werde.

Verfasser näht mit einem doppelt armirten Faden vom Wundwinkel aus. Der höchste und tiefste Faden muss mit besonderer Sorgfalt dicht unter der Schleimhaut der Scheide, beziehungsweise des Mastdarmes geführt werden.

Auf diese Weise hat Apfelstedt in drei von vier Fällen eine prima intentio erzielt.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **10. Juli.** **No. 28.**

Inhalt: François-Frank und Hallion, Ueber die Innervation der Leber. — Jaffé, Vorhalten des Santonins im Tierkörper. — Malfatti, Ueber die Bestimmung der Alloxurkörper im Harn. — Deucher, Ausnutzung des Protogens im kranken Organismus. — Credé, Silber als Antiseptieum und seine chirurgische Anwendung. — Rossa, Erfahrungen über Aethernarkosen. — Bayer, Operationsverfahren zur Herstellung eines Anus praeternaturalis. — Salzmann, Brechungsverminderung durch Verlust der Linse. — Anton, Angehorene Atresie des Gehörganges. — Woods, Fall von Exstirpation des Larynx wegen Carcinom. Jonker, Intuhation bei zwei Fällen von Larynxstenose. — Lehmann, Hygienische Bedeutung des Zinks. — Kühnau, Bedeutung der Serodiagnostik beim Abdominaltyphus. — Sannes, Einfluss der Witterung auf Hämoptoë. — Benedict, Folgen des Radfahrens. — Finkelstein, Angehorene Pylorusstenose im Säuglingsalter. — Henschen, Fliegenlarven im Darm als Ursache chronischer Enteritis. — Koll, Ueber Sinuspleuritis. — Pauly, Theorie des Nackenmuskelkrampfes. — Werotinsky, Die Suspension bei Nervenkrankheiten. — Schultzen, Fall von Stimmbandataxie bei Tabes. — Bernhardt, Bregmann, Kortum, Fälle von Facialislähmung und Gesichtsschwund. — Löwenfeld, Ueber Witterungsneurose. — Halban, Zur Physiologie der Zungennerven. — Werner, Hereditäre Syphilis bei Kindern von Prostituirten. — Löblowitz, Anwendung des Airols in der Dermatologie. — Manasséïn, Ueber die Permeabilität der Haut. — Chase, Behandlung des Uterusfibroids. — v. Winckel, Ueber seltene fötale Missbildungen. — Klautsch, Fall von Hämatom der Vulva und Vagina.

François-Frank et L. Hallion, Recherches expérimentales sur l'innervation vaso-motrice du foie. 3. et 4. mémoire. Arch. de physiol. 1897. S. 434 und 448.

Die Versuchsmethodik war dieselbe, wie in den ersten Mitteilungen (Cbl. 1896, S. 818). Auf Reizung des N. cruralis steigt bekanntlich der Aortendruck; gleichzeitig verengern sich die Lebergefässe, nachdem eine kurzdauernde Gefässerweiterung vorausgegangen ist. Reizt man den centripetalen (medullären) Stumpf des durchschnittenen Vagus, so steigt der Aortendruck minimal, zugleich zeigen die Lebergefässe bald eine Erweiterung, bald eine Verengerung. Reizt man den Brust- oder Bauchsympathicus, so verengern sich die Lebergefässe, sodass das Blut aus der Leber ausgetrieben wird. Sind aber die Lebernerven vorher durchschnitten, so kann die Gefässverengerung in der Milz das Blut vor dieser in die entnervte Leber übertreiben.

Reizt man die Vasokonstriktoren der Leber direkt, so steigt der Blutdruck im Gebiet der Pfortader; reflektorische Reizung steigert ihn in der Regel ein wenig. Wird durch Erstickung zuerst eine Vasokonstriktion bewirkt, die schliesslich in Dilatation übergeht, so nimmt an diesen Aenderungen die Leber in gleicher Weise und in gleichem Sinne teil.

Reizt man endlich den peripheren Stumpf des durchschnittenen Crural-nerven, so erfolgt Vasokonstriktion in den Gefässen des Darms, Pancreas und der Nieren, dann in Milz und Leber; zugleich erweisen sich die Gefässe der Skeletmuskeln erweitert, die des Fingers und Ohres dagegen verengt.

Spritzt man in die Bahn der Arterien oder in die Mesenterialvenen Nicotin ein, so dass es durch die Leberarterie oder die Pfortader in die Leber gelangt, so kontrahiren sich die Gefässe in der Leber, daher der Druck in der Pfortader, in der Leberarterie und in der Aorta ansteigt. Und zwar erfolgt bemerkenswerter Weise die Drucksteigerung in der Aorta reflektorisch von den Lebernerven aus; denn sie erfolgt nicht, wenn zuvor die Lebernerven durchschnitten sind, obwohl auch in diesem Falle die Lebergefässe sich stark verengern und der Pfortaderdruck beträchtlich in die Höhe geht.

Reproduktionen der Kurven des Blutdruckes in der Pfortader, Leberarterie und Aorta illustriren die vorstehenden Schlussfolgerungen.

I. Munk.

M. Jaffé, Ueber Oxysantonine und ihre Entstehung im Tierkörper nach Darreichung von Santonin. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXII. S. 538.

Verf. hat seine früheren Untersuchungen über das Verhalten des Santonins im Tierkörper, welche zu keinem ganz befriedigenden Resultat geführt hatten, wieder aufgenommen und ist dabei zu folgenden Ergebnissen gelangt.

Der Harn von grossen Hunden, welche längere Zeit hindurch mit 1—2 g Santonin pro Tag gefüttert waren, wurde eingedampft und mit Alkohol extrahirt, aus den Auszügen der Alkohol durch Destillation entfernt, der Rückstand mit Wasser und verdünnter Schwefelsäure aufgenommen und mit oft erneuten Portionen Aether geschüttelt. Aus den Aetherauszügen schieden sich, nachdem der Aether abdestillirt war, farblose krystallinische Massen aus, welche so lange aus kochendem Alkohol umkrystallisirt wurden, bis die Krystalle, mit einigen Tropfen alkoholischer Kalilauge übergossen, keine Spur von Rotfärbung mehr zeigten, also von dem hartnäckig anhaftenden Santonin frei waren. Die Analyse dieser Krystalle führte zu der Formel des Oxysantonins $C_{15}H_{18}O_4$, welche durch Molekulargewichtsbestimmung nach der Raoult'schen Methode bestätigt wurde. Die reine Verbindung ist in Alkohol, selbst kochendem, äusserst schwer löslich, ebenso in Wasser und Chloroform, in Aether fast unlöslich. Die wässerigen Lösungen reagiren neutral. In heissem Eisessig ist die Verbindung leicht, in kaltem schwer löslich. In Alkalien löst sie sich unter allmählicher Bildung von Oxysantoninsäure, welche aus dem Oxysantonin durch Aufnahme von Wasser hervorgeht. Das Oxysantonin ist stark linksdrehend, die spezifische Drehung konnte wegen der ausserordentlichen

Schwerlöslichkeit nicht genau festgestellt werden, sie beträgt im Mittel etwa -115^0, ist also geringer als die des Santonis $= -174^0$. Für die durch Alkalien unter Erwärmen gelöste und dadurch in Oxysantoninsäure verwandelte Substanz fand Verf. zwischen $-128{,}5$ und $152{,}3^0$ liegende Werte, während für das santoninsaure Natron α_D nur $-18{,}7^0$ beträgt. Das Oxysantonin färbt sich mit alkoholischer Kalilauge nicht rot, wie das Santonin, und giebt die Lindo-Dragendorf'sche Reaktion nicht. — Die Salze der Oxysantoninsäure sind grösstenteils leicht löslich. Betreffs des Verhaltens der neutralen Lösung des Natriumsalzes zu Calcium- und Barymsalzen, sowie zu den Salzen der schweren Metalle muss auf das Orig. verwiesen werden. Analysirt wurde das Baryumsalz von der Formel $(C_{15}H_{19}O_5)_2Ba$. Die Oxydation des Oxysantonins mit Salpetersäure lieferte Oxalsäure und Cyanwasserstoffsäure. Durch Einwirkung von Natriumamalgam auf Oxysantonin entsteht ein amorphes Reduktionsprodukt von sehr charakteristischen Eigenschaften, dessen Analysen am besten mit der Formel $C_{15}H_{20}O_{40}$ = Dihydrooxysantonin übereinstimmen. Im Anschluss hieran untersuchte Verf. die Einwirkung des Natriumamalgams auf Santonin selbst; es entstand unzweifelhaft ein Reduktionsprodukt, dessen Analysenzahlen annähernd zu der Formel einer Dihydrosantoninsäure $C_{15}H_{22}O_4$ passen. Bei einer etwas modificirten Darstellung entstanden Reduktionsprodukte von abweichender Zusammensetzung.

Im Organismus der Kaninchen, welche die Fütterung mit Santonin gewöhnlich wochenlang gut vertragen, bleibt der grössere Teil des Santonins unverändert; es entsteht ein wenig α-Oxysantonin, daneben ein β-Oxysantonin von etwas anderen Eigenschaften. Beim vorsichtigen Schmelzen verwandelt sich das β-Oxysantonin in eine gelbe Substanz, welche sich in verdünnter Natronlauge mit prachtvoll roter Farbe löst, die beim Ansäuern wieder in gelb übergeht. Dieses Umwandlungsprodukt, welches in geringer Menge auch beim Erhitzen des Oxysantonins mit Wasser entsteht, hat somit grosse Aehnlichkeit mit dem bekannten gelben Farbstoff, welcher nach Santoningebrauch im Harn auftritt, und ist vielleicht mit derselben identisch. Die Darstellung dieses offenbar leicht zersetzlichen Farbstoffes ist bisher noch nicht gelungen. E. Salkowski.

M. Malfatti, Ueber die Krüger-Wulff'sche Methode der Alloxurkörperbestimmung. Cbl. f. inn. Med. 1897, Nn. 1.

Gegenüber den Mitteilungen, in denen Zweifel an der Zuverlässigkeit der Krüger-Wulff'schen Methode der Alloxurkörperbestimmung ausgedrückt wurden, berichtet Verf. von Vergleichsbestimmungen, in denen an demselben Harn einerseits die Harnsäure und die Xanthinbasen gesondert, andererseits die Gesammtalloxurkörper nach Krüger-Wulff bestimmt wurden. Im Mittel von 35 Versuchen ergab sich für Krüger-Wulff ein Plus von 0,37 mg N auf 100 ccm Harn, 18mal fand sich ein Plus von im Mittel 3,87 mg, 17mal ein Minus von im Mittel 3,32 mg N. Die höchsten positiven Differenzen waren 8,6—8,9 mg, die höchsten negativen 7,0 mg auf 100 ccm Harn. Die Ursache der grösseren negativen Differenzen liegt nach Verf. in der Reaktion und im Salzgehalt des Harngemisches. Starke

saure Reaktion desselben verhindert die vollständige Ausfällung, starker Salzgehalt neben saurer Reaktion kann überhaupt jeden Niederschlag verhindern. Neutralisation durch Kalilauge hebt diese Wirkung von Salz und Säure auf.

Zum Schluss betont Verf., dass vermehrte Alloxurkörperausscheidung nicht mit vermehrtem Kernzerfall einherzugehen brauche, da sonst zugleich auch die Phosphorsäureausscheidung steigen müsse, was er in einigen Versuchen nicht bestätigt fand. Er glaubt an eine Art Sekretion derselben von seiten zelliger Elemente, die dabei zu Grunde gehen. A. Loewy.

P. Deucher, Ueber Ausnutzung des Protogens im kranken Organismus. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 48.

Ueber die Bekömmlichkeit und gute Ausnutzung des Protogens im gesunden Organismus ist von Blum berichtet worden. Verf. hat nun einen Ausnutzungsversuch an einer Patientin mit Carcinoma ventriculi et peritonei, mit Anacidität und Pylorusstenose ausgeführt. In einem Vorversuch wurde zunächst die Schnelligkeit des Verschwindens des Protogens aus dem Magen im Vergleich mit anderen Eiweisskörpern untersucht. In zwei Stunden verschwanden einmal 35 pCt., einmal 25 pCt. desselben aus dem Magen, in gleicher Zeit von Somatose nicht viel weniger, nämlich 24 und 20 pCt., von Caseïnnatrium nur 17 pCt., von Hühnereiern nur 1 pCt.

Der eigentliche Ausnutzungsversuch dauerte drei Tage, ihm folgte ein Parallelversuch mit Somatose. Vom Protogen wurden ausgenutzt 92 pCt., von der Somatose noch 78 pCt., in Anbetracht der anatomischen Verhältnisse ein sehr gutes Resultat. Bei der Patientin wurde dann eine Magendarmfistel angelegt. Ein 18 Tage nach der Operation angestellter neuer Versuch zeigte, dass die Ausnutzung sich verschlechtert hatte, sie war (nur Protogen wurde gegeben) auf 72 pCt. gesunken. A. Loewy.

Credé, Silber als Antisepticum in chirurgischer und bakteriologischer Beziehung. Arch. f. klin. Chir. LIII S. 68.

C. fand, dass das von Halsted im John Hopkins Hospital zu Baltimore zur Bedeckung kleiner oder geschlossener Wunden gebrauchte Blattsilber, auf aseptische oder sterile Wunden gebracht, unverändert und reizlos als ein durchaus aseptisches Material liegen bleibt. Ist die Wunde aber nicht aseptisch, so bildet das Silber mit einem durch die Spaltpilze veranlassten Zersetzungsprodukt eine Verbindung mit hervorragend antiseptischen Eigenschaften, welche sofort in Wirksamkeit tritt. Dieser Stoff, welcher sich mit dem Silber verbindet, ist die Milchsäure. C. liess sich durch die Fabrik von Heyden in Radebeul bei Dresden von dem milchsauren Silber ein reines Präparat herstellen unter dem Namen Actol. Actol, ein weisses geruchloses Pulver, in braunem Glase wohl haltbar, in Wasser und eiweisshaltiger Flüssigkeit wie 1 : 15 lösbar. Es ätzt eigentlich nicht, bei empfindlichen Patt. und noch nicht völlig reinen Wunden verursacht es längeres Brennen; Staphylococcen, Streptococcen, Milzbrandbacillen tötet es, in Wasser gelöst zu 1 pM., in 5 Minuten, hemmt zu

$^1/_{80}$ pCt. die Entwickelung von Spaltpilzen im Blutserum. Zwei schwere Fälle von Milzbrand und 5 Erysipele wurden durch subkutane Actollösungen (0,05 : 20,0, resp. 0,3—1 : 100—200,00) günstig beeinflusst. In der Folge zeigte sich, dass das Actol doch eine geringe Reizwirkung bietet und zu schnell resorbirt wird. Nach verschiedenen Versuchen wurde an seine Stelle das citronensaure Silbersalz gesetzt, ein leicht zerstäubbares feines Pulver, löslich zu 1 : 3800. Dieses, Itrol genannte, Salz tötet in Lösung von $^1/_4$ pM. alle Spaltpilze, verursacht auf keiner Wunde eine Empfindung und ist bei sehr sparsamem Gebrauch wegen seiner geringen Löslichkeit von sehr langer Dauerwirkung, so dass es sich in der Praxis billiger als das doppelt so billige Jodoform stellt. Verf. hat damit im Krankenhaus 400, in der Poliklinik und privatim 1000 Patt. behandelt. Sein Verfahren ist ein antiseptisches, welches wesentlich rascher wirkt und durch den geringeren Verbrauch an Material auch billiger sich gestaltet, als die Aseptik. Bei Operationen, nach Abspülung mit einem reizlosen Wasser, wird die geschlossene Wunde mit Silbergaze (als grauer Silberverbandstoff bei Arnold in Chemnitz erhältlich) bedeckt („weisser" Silberverbandstoff wird bei Transplantationen kleiner Wunden angewandt). Dieser Verbandstoff ist ein mit feinem metallischen Silber imprägnirter Mull. Inficirte Wunden werden mit Wasser und Seife gereinigt, mit Itrol abgestäubt und mit Silbergaze, darüber mit steriler Gaze bedeckt. In der Folge hat Verf. auch versilberte Seidenfäden, Catgut und Gummidrainage angewandt. Itrol wird auch als Salbe (1 : 50,0—100 Vaselin) gebraucht. Eine wässerige Lösung zur Desinfektion der Hände (1 : 400—5000) und zu Umschlägen, Ausspülungen etc. (1 : 5000—10 000) wird durch Lösung einer kleinen Messerspitze voll in 1 Liter und entsprechender Verdünnung bereitet.

P. Güterbock.

E. Rossa, Erfahrungen über Aethernarkosen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik des Prof. v. Rokitansky in Graz.) Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 4.

Auf Grund eines Materials von 100 Aethernarkosen (nämlich bei 51 Cöliotomien, bei 14 vaginalen Totalexstirpationen, 11 Dammplastiken, 10 Vaginofixationen und 14 anderweitigen grösseren Eingriffen) kommt Verf. zu einem ungünstigen Urteil über den Aether. Während als dessen Vorzug die Seltenheit des Erbrechens betont wird, leidet die Aethernarkose durch den Mangel der Muskelerschlaffung, durch starke Speichel- und Schleimsekretion, durch die Verspätung des Erwachens aus der Betäubung (in drei Fällen Vf.'s als Collaps bezeichnet). Ueber einen Aether-Spättod und über 2 tödliche Pneumonien berichtet Verf. in extenso. Im Ganzen kamen unter den 100 Narkosen 15mal Erkrankungen der Atmungsorgane vor, 9mal Bronchitis, 6mal Pneumonie, die beiden tödlichen Fälle mitgezählt. Von diesen 15 Erkrankungen kommen 10 (5 Pneumonien und 5 Bronchitiden) auf die 51 Cöliotomien, und Verf. schliesst daher, dass die Aethernarkose sich nicht für gynäkologische Eingriffe, speziell nicht für Cöliotomien eignet. In der Klinik von Rokitansky ist man daher wieder zum Gebrauche des reinen Chloroforms zurückgekehrt.

P. Güterbock.

Digitized by Google

C. Bayer, Ein sehr einfaches Verfahren, einen gut schliessenden Anus praeternaturalis bei Colostomie herzustellen. Prager med. Wochenschr. 1897, No. 8.

B. geht folgendermassen vor: Er durchschneidet die Bauchwand schräg, so dass die tiefere Schicht stets vom oberen Wundrand der vorhergehenden getrennt wird, und das Bauchfell zwar parallel zum Hautschnitt, aber um 2—3 Querfinger höher als dieser gespalten wird; die Darmschlinge soll so weit vorgezogen werden, dass sich ihre Kuppe nahe dem unteren Wundwinkel über das äussere Drittel des Lig. Poupartii placiren lässt. Die Basis der Schlinge wird am Peritonealschlitz mit einigen Suturen befestigt und die Wunde durch Vernähung mit der Darmwand verkleinert.

Die „schräge Schnittführung" bewirkt eine Art Quetschhahn. In zwei Fällen hat sich das Verfahren des Autors bewährt.

M. Borchardt (Berlin).

M. Salzmann, Brechungsverminderung durch Verlust der Linse. Archiv f. Augenheilk. XXXIV. S. 152.

Fukala stellte die Ansicht auf, dass der Linse im stark myopischen Auge ein höherer Brechwert zukomme, als im emmetropischen, d. h. dass die hochgradige Myopie nicht allein auf Axenverlängerung, sondern auch auf stärkerer Brechung durch die Linse beruhe. S. weist nach, dass dies nicht der Fall ist. Je länger die optische Axe ist, desto grösser fällt die Brechungsverminderung aus. Je tiefer die vordere Kammer vor der Operation war, d. h. je grösser der Abstand des hinteren Hauptpunktes vom Hornhautscheitel im Vollauge war, um so geringer die Brechungsverminderung. Die Veränderlichkeit derselben hängt in erster Linie von der Verschiebung des Hauptpunktes und erst in zweiter Linie von der Axenlänge, aber nicht von der Veränderung der Brennweiten durch die Operation ab. Während der hintere Hauptpunkt durch die Linsenentfernung nach vorn verschoben wird, wird der hintere Knotenpunkt nach hinten verschoben. Die Folge davon ist, dass die Brechungsverminderung um so mehr abnimmt, je höher die Myopie des Vollauges war. Horstmann.

Anton, Ueber einen Fall von angeborener Atresie des äusseren Gehörganges mit misshildeter Muschel und totaler Lippenkiefergaumenspalte. Prag. med. Wochenschr. 1897, No. 20/21.

Bei dem 19 Tage post partum an Pneumonie zu Grunde gegangenen Knaben ergab die anatomische Untersuchung neben Missbildung der Auricula: rudimentäre Entwicklung des knorpeligen Gehörganges, Fehlen des Annulus tympanicus mit dem Trommelfell, rudimentäre Entwickelung der Paukenhöhle, der Gehörknöchelchen und der Tuba Eustach., Fehlen des Antrum mastoid., Hypoplasie des Schläfenbeines. Am Labyrinth keine Veränderungen. Schwabach.

R. H. Woods, A case of exstirpation of the larynx for cancer. Dublin journ. of med. sc. 1897, March.

Es handelte sich um einen 56jährigen Mann, dessen rechte Kehlkopf-

seite von einem roten, weichen, exulcerirten Tumor eingenommen war, der sich bis unter das rechte Stimmband erstreckte, die Epiglottis einnahm und sich sowohl vorn, als auch hinten auf die andere Kehlkopfseite herüberzog. Leichte inspiratorische Dyspnoe. Unter dem M. sternomastoideus fühlbare Lymphdrüse. Eine Propeexcision ergab ein Epitheliom. Bei der Operation musste nicht allein der Larynx, sondern auch die Epiglottis entfernt werden. Die Wunde wurde nach der von Salis-Cohen angegebenen Weise vernäht. Tod 19 Tage später an Pneumonie. W. Lublinski.

Jonker, Twee gevallen von larynxstenose genezen door intubatie. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1897, No. 12.

Im ersten Fall, diphtherische Laryuxstenose bei einem 9jähr. Kinde, welche eine Woche lang bestand, führte J., nachdem er eine Seruminjektion gemacht, die Intuhation mit ausgezeichnetem Erfolge aus. Der zweite Fall betraf ein 7jähriges Kind, welches seit einigen Tagen krank war; Pharynx gesund, keine Schluckbeschwerden. J. nahm eine katarrhalische Erkrankung an, verordnete das Erforderliche und einige Tage lang bestand Wohlbefinden. Während er sich bei einer Entbindung (Placenta praevia) befand, wurde er wegen drohender Erstickung jenes Kindes abberufen, konnte mit dem Kollegen, der zur Narkose hei der Eutbindung entboten war, die Intuhation vollziehen und dann die Geburt beendigen. Das Kind genas nach der Intubation vollständig. J. rät, da die Intubation viel einfacher und leicbter als die Tracheotomie auszuführen ist, besonders in der Praxis auf dem flachen Lande, viel häufiger von der Intubation Gebrauch zu machen nnd, wenn möglich, vor Ausführung der Tracheotomie zu versuchen. G. Meyer.

Lehmann, Einige Beiträge zur Bestimmung und hygienischen Bedeutung des Zinks. Arch. f. Hyg. 1897. XXVIII. S. 291.

Deu Harn dampfte L. mit Salpetersäure ein und veraschte ihn. Dies wiederholte er mehrmals, bis er eine schneeweisse Asche erhielt. Die Organe wurden zerhackt, gekocht und verkohlt. Die zerriebene Kohle wurde mit Soda und Salpeter gemischt und geschmolzen und die Schmelze in Salpetersäure gelöst. Zur Trennung des Zinks vom Eisen und der Thonerde und Kieselsäure, welche vom Schmelztiegel stammten, wurde die salpetersauro Lösung mit Ammoniak übersättigt, gekocht und filtrirt. Der Filterrückstaud wird wieder mit Ammoniak gekocht, öfter wurde er iu verdünnter Salzsäure gelöst und wieder mit Ammoniak gefällt, bis das Filtrat mit Schwefelwasserstoff keinen Niederschlag mehr gab.

Um das gewonnene Zink quantitativ zu bestimmen, war die Gewichtsanalyse wegen der geringen Mengen nicht anwendbar. Da eine colorimetrische Methode fehlt, so wurde das Zink mit Ferrocyankalium titrirt. Dieses fällt in saurer Lösung, zu einer Zinklösung zugetröpfelt, weisses Ferrocyanzink. Dasselbe lässt sich nicht abfiltriren, und es muss die Endreektion durch den Nachweis überschüssigen Ferrocyankaliums mit Uran festgestellt werden. Da nun Ferrocyankalium und Zink nicht nach den theoretischen Aequivalentverhältnissen reagiren, so muss empirisch eine

Tabelle festgestellt werden. Als beendet wurde die Titrirung angesehen, wenn ein grosser Tropfen der Ferrocyankalium-Zinkmischung durch einen kleinen Tropfen Uranlösung schwach braun-rosa gefärbt wird. L. erhielt auf diese Weise gute Werte.

Es wurde nunmehr ein Hund von etwa 8 kg Gewicht 11 Monate lang mit Zinkcarbonat gefüttert. Anfangs wurden 10 mmg dem Futter zugesetzt, zum Schluss 553 mg pro die. Im Ganzen erhielt der Hund 155,6 g Zinkcarbonat.

Der Hund, wie auch ein zweiter, befand sich während der ganzen Zeit wohl. Bei der Sektion waren krankhafte Organveränderungen, welche auf eine Zinkwirkung schliessen liessen, nicht zu konstatiren.

L. kommt zu dem Schluss, dass die akute Gesundheitsschädlichkeit des Zinks jedenfalls nicht grösser, wahrscheinlich noch geringer als die des Kupfers ist, und dass sogenannte akute Zinkvergiftungen des Haushaltes, d. h. Intoxikationen durch einmaligen Genuss von Nahrungsmitteln, die eine kleine Zinkmenge enthalten, höchst wahrscheinlich Ptomaïn- oder sonstige Vergiftungen, aber keine Metallvergiftungen sind. In der praktischen Frage, wie wir uns zum Zinkgehalt der Nahrungsmittel, z. B. der amerikanischen Ringäpfel, stellen sollen, vertritt L. den Standpunkt, dass wir das Zink nicht ängstlich zu fürchten brauchen; gleichwohl werden wir es zur Konservirung der Nahrungsmittel möglichst nicht zulassen, da es dem Körper doch unter Umständen schaden könnte, während es nie von Nutzen ist. H. Bischoff.

Kühnau, Ueber die Bedeutung der Serodiagnostik beim Abdominaltyphus. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 19.

K. hat die Serodiagnostik bei Typhus abdominalis an einer Reihe von Typhuskranken und vielen anderen Kranken einer Prüfung unterzogen. Er weist vor allem auf die Fehler hin, welche bei ungenauem Arbeiten den Wert der Serodiagnostik stark beeinträchtigen. Von grosser Bedeutung ist das Alter und die Virulenz der verwandten Typhuskultur und die Zahl der in der benutzten Aufschwemmung enthaltenen Bakterien. Besonders zu beachten ist, dass auch Leute, welche nie Typhus gehabt haben, ein Serum haben können, welches auf Typhusbacillen selbst in Verdünnungen bis zu 1 : 50 noch agglutinirend wirken kann.

Da nun weitere Beobachtungen Sera auffinden lassen können, welche noch stärker paralysirend wirken, so schlägt K. vor, sich gegen einen etwaigen Fehler dadurch zu schützen, dass man Kontrollversuche mit Colibakterien gleichzeitig ansetzt. Ein stark agglutinirendes Serum eines Gesunden wird auf die Coliarten eine gleich starke Reaktion ausüben, während da, wo die Agglutination Folge spezifischer Paralysine ist, die Wirkung auf Typhusbacillen eine ungleich stärkere sein wird, als auf Colibakterien. Demnach ist die Reihe der bei der Serodiagnostik zu beobachtenden Cautelen so gross, dass es, um Fehler zu vermeiden, eines genauen Laboratoriumstudiums bedarf, so dass vor der Hand die Serodiagnostik in der gegenwärtigen Form für den praktischen Arzt als ein sicheres Kriterium in der Diagnose kaum in Betracht kommt. H. Bischoff.

Sannes, Invloed van bet weer op het ontstaan van lichte haemoptoës. Weekbl. van bet Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1897, No. 14.

Verf. bestätigte die von van Rijn, Assistenten von Spengler-Davos, veröffentlichte Beobachtnng, dass das Eintreten von Hämoptoë bei Pbthisikern an bestimmte Witterungsverbältnisse gebnnden sei. Besonders der Föhn, ein von Süden oder Süd-Osten herstammender warmer, sehr trockner Wind, hat schlechten Einfiuss. S. stellte bei seinen Kranken fest, dass dieselben vorzüglich an sehr warmen Tagen, selten im Winter an Hämoptoë litten, nnd dass neben den Süd-Süd-Ost- nnd Süd-West-Winden auch der niedrige Barometerstand mit auf die betreffenden Pat. einwirkte.

G. Meyer.

A. L. Benedict, Cardiac and digestive strain from bicycle riding. Internat. med. magaz. 1895, No. 11.

B. berichtet über zwei Radfahrer, bei denen nach anstrengender Fahrt neben der zu erwartenden Erschöpfung allgemeines Unbebagen, Uebelkeit, Nausea nnd Kopfschmerzen auftraten; nacb Darreichung von Wismuth und Antifebrin, welch' letzteres Mittel Verf. auch bei anderweitigen nervösen Depressionen warm empfieblt, besserte sich der Zustand sehr bald. Bei dem zweiten Patienten konnte gleich nacb seiner Ankunft eine genaue Urinuntersuchnng vorgenommen werden; es wnrden 300 ccm Urin entleert, derselbe war von brann-roter Farbe, bohem spezifischem Gewicht und war frei von Zucker und Eiweiss. Die Harnstoffmenge war vermindert (5,7 g in 6 Stunden), ebenso die Menge der Harnsäure; beim Erkalten fielen keine Salze ans. In Betracht zu ziehen ist jedoch hierbei, dass wahrscheinlich während der Fabrt die Ausscheidung durch Perspiration eine recht beträchtlicbe war.

K. Kronthal.

H. Finkelstein, Ueber angeborene Pylorusstenose im Säuglingsalter. Jabrb. f. Kinderbeilk. XLIII. S. 105.

Vf. hat ans der Litteratnr eine Anzabl einschlägiger Fälle zusammengestellt nnd einen von ihm selbst in der Poliklinik von Heubner beobacbteten Fall beschrieben. Aus der Znsammenfassnng der angeführten Fälle leitet er folgendes klinische Bild ab: Es bandelt sich um Kinder, die eine kürzere oder längere Zeit nacb der Geburt keine wesentlichen Magensymptome darbieten; allenfalls kann schon jetzt eine Neignng zum Erbrechen nacb grösseren Nahrungsmengen auffallen. Sehr bald aber beginnt diese Neigung deutlicher zu werden, das Erbrechen tritt hänfiger nnd auch im Anschluss an kleine Mahlzeiten auf. Schliesslich beherrscbt der Vomitus völlig die Scene. Der Stnhl ist dabei, entsprechend dem verminderten Nabrungsvolnmen, das dem Darme zugeführt wird, spärlich. Meist vorhanden nnd bezeichnend neben der langsamen Zunabme der Störungen ist ihr Wachsen und Wiederabschwellen; Perioden von Besserung nnd Verschlimmerung wecbselu ab. Die Sondenprüfung ergiebt eine motorische und meist auch cbemische Insnfficienz der Magenfunktion: Abnorm langes Verweilen, verminderte Andauung der Speisen, Anwesenheit abnormer Gäbrungsprodukte. Sondenpalpation und Lufteinblasung zeigt früher oder später das Bestehen einer Ansdehnung des Magens, zunächst wechselndes

Ausmasses, schliesslich kommt es zu bleibender Ectasie. Als wichtigste Erscheinung zur Erkennung der Stenose weist Inspektion und Palpation energische Peristaltik der Magengegend nach. Das endliche Schicksal der meisten Kinder ist die bleibende schwere Magendilatation mit allen ihren Gefahren und Belästigungen. Bei sorgfältiger Pflege und geeigneter Ernährung (Muttermilch), sowie bei Ausbleiben schwächender Konstitutionsanomalien wird eine Kompensation längere Zeit erhalten bleiben können; immer aber bleibt der Magen ein Locus minoris resistentiae. Was die Diagnostik anbetrifft, so werden leichte Grade sich kaum von dem gewöhnlichen chronischen Magenkatarrh unterscheiden lassen. Erst die Hartnäckigkeit des Erbrechens, vor allem sein Auftreten nach sehr kleinen Nahrungsmengen, dabei spärlicher, angehaltener Stuhl erwecken Verdacht. Sind die Erscheinungen der Atonie oder Ectasie dabei ausgebildet, so wird die Existenz der angeborenen Stenose schon sehr wahrscheinlich. Denn andere Ursachen der Stenose, als: Pyloruscarcinom, Schleimhautpolypen, Ulcera duodeni, resp. daraus hervorgegangene Narben, sind im Kindesalter nur casuistische Unica. Ein noch unsicheres Gebiet ist die idiopathische, ohne Stenose auftretende Magendilatation im frühesten Kindesalter, die vorwiegend mit Rachitis in Verbindung gebracht wird. Aber bei diesen Kindern fehlen trotz der Ausdehnung des Magens sichere Symptome der echten Ectasie und Insufficienz. Wichtig ist für die Diagnose der Mangel von Gallenbeimischung zum Erbrochenen, da er beweist, dass das Hindernis oberhalb der Vater'schen Papille anzunehmen ist. Es ist neben der isolirten Auftreibung und Peristaltik des Magens die hervorstechendste Erscheinung.

Stadthagen.

S. E. Henschen, Fliegenlarven im Darm als Ursache einer chronischen Enteritis pseudomembranacea. Wien. klin. Rundschau 1896, No. 33.

Ein Bauer, der beim Baden in einem Bache Wasser aus demselben trank, welches lehmig und trübe und reich an „roten, wanzenähnlichen Insekten" war, erkrankte 2—3 Wochen danach an Bauchschmerzen und Durchfällen ohne Erbrechen. Die Entleerungen betrugen täglich durchschnittlich 7—8, meist am Vormittag. Der Entleerung gingen kolikartige Schmerzen voraus. Die Fäces waren, dünn, gelblich. Schleimmassen und Membranen waren reichlich in demselben, zuweilen auch Blut. Nach Aussage des Kranken finden sich stets „Tiere" in den Ausleerungen, besonders viele, wenn der Patient sich den Bauch drückt. Diese Erscheinungen erstreckten sich über Jahre hinaus und der Kranke magerte deutlich ab. Er war mehrfach in ärztlicher Behandlung, ohne jedoch von seinem Uebel befreit worden zu sein. Nachdem er einige Wochen durch die Behandlung mit Filix mas in Pillenform, wodurch grosse Massen der Tiere entfernt wurden, von seinem Leiden befreit war, begannen die alten Beschwerden von Neuem. Die entleerten Tiere sind cylindrisch, gegliedert, ohne Füsse; sie messen 7—16 mm in der Länge und 1—2 mm in der Dicke. Sie besitzen einen schwarzen Kopf und sind sehr lebhaft. Dieselben wurden als die Larven einer mit der gewöhnlichen Hausfliege verwandten Fliegenart erkannt. Wahrscheinlich handelte es sich um zwei verschiedene Arten. — Da bei dem Pat. alle Laxantien und inneren Mittel ihre Wirkung ver-

sagten, wurde ihm die Aufnahme in ein Krankenhaus vorgeschlagen; dort hörten endlich die Diarrhöen auf und ebenso wurde der Kranke von den Larven befreit. Der Zusammenhang der letzteren mit der chronischen membranösen Enteritis ist wohl unzweifelhaft. C. Rosenthal.

E. Koll, Ueber Sinnspleuritis. Deutsches Archiv für klinische Medizin. LVII. (5/6.)

Vom Herbst 1894 bis Sommer 1895 wurden auf der Leube'schen Klinik ca. 30 Fälle einer trockenen Pleuritis beobachtet, die bezüglich ihres Sitzes dadurch charakterisirt war, dass sie fast ausschliesslich auf den Bereich der vorderen und unteren seitlichen und nur in einem Teil der Fälle auch der hinteren unteren Pleurasinus beschränkt war. Die meisten Fälle begannen plötzlich nach Art einer akuten Infektionskrankheit mit meist leichtem Fieber und sonstigen Allgemeinerscheinungen. Die Klagen der Kranken schienen gewöhnlich auf eine akute oder chronische Magenaffektion hinzudeuten (Schmerzen in der Magengegend, die durch Nahrungszufuhr oder durch Druck gesteigert wurden; Aufstossen, Erbrechen etc.). Auch Schmerzen auf dem Sternum, sowie rechts und links von demselben wurden angegeben, ferner Klagen über Herzklopfen. Objektiv liess sich in allen Fällen ein feines, weiches, in deutlichen Absätzen erfolgendes Reibegeräusch nachweisen, das sich fast ausschliesslich auf den Bezirk der Pleurasinus in der Umgebung des Herzens und längs der seitlichen unteren Lungengrenzen beschränkte. Der Verlauf der Affektion war ein ausserordentlich hartnäckiger; die bei Pleuritis üblichen Arzneimittel liessen keine deutliche Wirkung erkennen. Bei mehreren dieser Pat. war noch ein halbes Jahr nach dem Austritt aus dem Hospital das Reibegeräusch zu erkennen.

Verf. ist der Ansicht, dass diese, sich durch ihre grosse Hartnäckigkeit, sowie durch die Neigung zu akuten Exacerbationen auszeichnende Affektion nicht so ganz selten ist; wahrscheinlich entgeht sie zuweilen der Diagnose. Perl.

R. Pauly, Théorie réflexe du torticollis spasmodique. Revue de méd. 1897, No. 2.

Verf. glaubt, für manche Fälle von Nackenmuskelkrampf einen von den sensiblen Nerven des Plexus cervicalis ausgehenden reflektorischen Ursprung annehmen zu dürfen. Infolgedessen rät er, die oberflächlichen Aeste des Pl. cervic. zu durchschneiden, wie dies für einige Fälle von Facialiskrampf an einzelnen Trigeminusästen und oft mit Erfolg ausgeführt wird. Bernhardt.

B. Werotynski, Ueber die Suspension als eine Behandlungsmethode bei Nervenkrankheiten. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. VIII. (1/2.)

W. kommt auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und des aus der Litteratur geschöpften Materials zu dem Schlusse, dass die Suspension als ein zweckmässiges Heilmittel bei Nervenkrankheiten angewandt zu werden verdient. Von allen Suspensionsmethoden verdient der Sprimon'sche Apparat

wegen seiner Bequemlichkeit und Gefahrlosigkeit die grösste Beachtung und Verbreitung. Sehr gute Resultate erzielt man mit der Suspension bei Tabes im mittleren Stadium (2. Periode) und ziemlich befriedigende bei Neurasthenie und anderen Neurosen. Als gutes symptomatisches Mittel erweist sich dieselbe bei Tuberkulose und anderen Affektionen der Wirbelsäule, resp. bei durch Kompression bedingten Lähmungen. Bei tabischen Kranken übt die Suspension einen günstigen Einfluss auf die Opticusatrophie, resp. die Sehstörungen aus. Die Suspension ist keineswegs ein indifferentes Mittel und muss daher die Indikation und Anwendung derselben genau begrenzt werden. S. Kalischer.

Schultzen, Ein Fall von Stimmbandataxie bei Tabes dorsalis. Charité-Annalen. 1895. XX. Jahrg.

In einem Falle von Tabes dorsalis bestanden unregelmässig zuckende, oft ruckartig erfolgende Unterbrechungen der gewöhnlichen respiratorischen Ab- und Adduktionsbewegungen der Stimmbänder, und zwar des rechten Stimmbandes mehr als des linken; mitunter stellte sich statt der genannten Bewegungen nur ein feines Zittern des rechten Stimmbandes ein. Bei willkürlichen Bewegungen traten diese atactischen Störungen mehr zurück. Neben dieser Stimmbandataxie bestand eine rapide Pulsbeschleunigung als weiteres Vagussymptom. S. Kalischer.

---

1) **M. Bernhardt,** Beitrag zur Lehre von dem einseitigen isolirten (angeborenen?) Gesichtsmuskelschwund. Neurologisches Centralblatt 1897, No. 7.

2) **L. E. Bregmann,** Ueber Diplegia facialis. Ebenda. 1896, No. 6.

3) **Kortum,** Ein Fall von in früher Kindheit entstandener Facialislähmung (einseitiger Gesichtsmuskelschwund). Ebenda.

1) B. beschreibt einen neuen einschlägigen Fall von einseitiger Gesichtslähmung, der bei einem ca. 7jährigen Mädchen seit frühester Kindheit bestand und grosse Aehnlichkeit mit einem im Jahre 1894 vom Verf. beschriebenen Falle bietet. Jedoch waren in dem neuen Fall vom Nervenstamme aus Kontraktionen auf galvanische und faradische Reize nicht zu erzielen; direkt war nur der Mundast resp. die Muskulatur der rechten Kinn- und Lippenhälfte erregbar, auch war hier die aktive Bewegung eine leidlich gute; der M. orbicularis palpebrarum war hier schwer getroffen; Nystagmus fehlte. Kontrakturen, fibrilläre Zuckungen, Mitbewegungen fehlten hier ebenfalls. — Die stärkere Beteiligung einzelner Aeste des Facialis an der Lähmung kommt bei erworbenen wie angeborenen Gesichtslähmungen vor und dürfte durchaus nicht gegen einen peripherischen Sitz der Läsion sprechen. Die Frage, ob es thatsächlich eine einseitige, angeborene, isolirte, durch Augenmuskellähmung nicht complicirte, auf peripherische Läsion nicht zurückzuführende Facialislähmung giebt, kann einstweilen nicht in positivem Sinne entschieden werden. Obduktionsbefunde fehlen hier, und klinisch zeigen peripherische, gleich nach der Geburt entstandene Facialislähmungen dasselbe Bild wie die sog. angeborenen Gesichtslähmungen.

S. Kalischer.

2) Der erste Fall stellt eine linksseitige komplete Gesichtslähmung dar, die mit cerebralen Allgemeinsymptomen, gleichseitiger Taubheit, Pupillenstarre, Westphal'schem Zeichen, aber ohne Gaumenlähmung bei einem 25jährigen Manne sich ereignete und welcher, wie die Sektion ergab, eine basale tuberkulöse Meningitis zu Grunde lag. Hier handelt es sich also um gar keine Diplegie!

Der zweite Fall betrifft einen 26jährigen Mann, welcher im Laufe von 14 Tagen erst rechts, dann links eine Gesichtslähmung bekam. Sie trug peripherischen Charakter. Weiterhin kam es zu Parästhesien und Ermüdungsgefühl in den Beinen, gesteigerten Patellarreflexen und Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Die linksseitige Facialislähmung ging bald zurück, rechts kam bald eine partielle EaR zum Vorschein. Das ganze Krankheitsbild setzte mit neuralgischen Gesichts- und Hinterhauptsschmerzen ein und es wird vom Verf. mit Recht der Neuritis multiplex zugerechnet.

3) Es handelt sich um einen 33 Jahre alten, schwer belasteten, alkoholischen Epileptiker, mit Zuständen von Verwirrtheit in die Anstalt aufgenommen, welcher in der Jugend Rachitis durchmachte und seit dem 2. Lebensjahre an einem eigentümlichen Schwund einzelner Gesichtsmuskeln der rechten Seite litt. Es waren betroffen die Ohren-, Augen-, Stirn-, Nasen- und Lippenanteile des Facialisgebietes und des Platysma, wie man schon durch Palpation aber auch Ausbleiben jeglicher elektrischen Reaktion nachweisen konnte. Dagegen waren der Orbicularis oris und einzelne Muskeln der Mund-Kinn-Gruppe wohl erhalten und auch elektrisch erregbar.

Der Verf. glaubt, dass eine peripherische Affektion diesem eigentümlichen Symptomenbilde zu Grunde liegt. M. Brasch.

L. Löwenfeld, Ueber Witterungsneurosen. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 5.

Der Verf. berichtet von neuropathischen Zuständen, welche ausschliesslich bei gewissen Witterungsverhältnissen hervortreten, in der übrigen Zeit aber keine oder nur geringe Störungen verursachen. L. unterscheidet zwei Gruppen von Symptomen: Sensible Reizerscheinungen, Schmerzen, Parästhesien und motorische Schwächezustände. Nach den bisherigen Beobachtungen des Verf.'s war das weibliche Geschlecht stärker vertreten. Kein Lebensalter war verschont und die Heredität spielte eine erhebliche Rolle.

Welche meteorologischen Faktoren im Speziellen Schuld an dem Ausbruch der Erkrankung sind, darüber besteht Unklarheit, da beim Witterungswechsel meistens mehrere Momente eine Aenderung erfahren (Luftdruck, Feuchtigkeit, Luftbewegung, Temperatur etc.).

Der Verf. bespricht noch die (nicht ungünstige) Prognose, die Differentialdiagnose und Therapie dieser neuen Neurose.

M. Brasch.

J. Halban, Zur Physiologie der Zungennervon. Wien. klin. Rundschau. 1896, No. 4.

Zwei aus der Pathologie geschöpfte Fälle, welche mit der Reinheit eines physiologischen Experimentes die Innervationsverhältnisse der Zunge zu illustriren geeignet sind. In dem einen Falle war bei der Exstirpation eines Tonsillensarkoms der N. lingualis peripher vom Abgang der Chorda tympani durchschnitten worden. Nach der Heilung bestand auf der verletzten Seite bis zu den Papillae circumvallatae totale Anästhesie der Zunge, weiter hinten normale Empfindlichkeit gegen sensible Reize, die Geschmackprüfung ergab Ageusie an der Spitze, dem Rande und Rücken der Zunge bis zu den Papillae circumvallatae (excl.).

Der zweite Fall betrifft eine Durchschneidung des N. lingualis gelegentlich der Operation eines Epithelioms der Wangenmucosa. Die Tast- und Geschmacksuntersuchung ergab das gleiche Resultat wie im ersten Falle. Hier erwiesen sich auch die Gaumenbögen und die Uvula als normal schmeckend.

Es erstellt also im Gebiet der wallförmigen Papillen der N. glossopharyngeus, auf dem vorderen Teil der Zunge der N. lingualis die Tast- und Geschmacksnerven. M. Brasch.

S. Werner, Ueber die Sterblichkeit und die Häufigkeit der hereditären Syphilis bei den Kindern der Prostituirten. (Aus dem Alten allgemeinen Krankenhause in Hamburg, Abteil. des Dr. ENGEL-REIMERS.) Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIV. No. 4, 5.

Als Grundlage seiner Arbeit dienten dem Verf. die seit 1879 im Hamburger alten allgem. Krankenhause geführten Protokolle über solche Prostituirte, welche lebende Kinder geboren hatten. Es handelt sich im Ganzen um 185 Mütter mit 243 Kindern; von den ersteren waren 53 bei ihrer Niederkunft noch nicht syphilitisch inficirt, die anderen 132 hatten Syphilis gehabt und standen in den verschiedensten Perioden derselben. 25 der Kinder konnten nicht lange genug kontrollirt werden, von den übrigen 218 starben 135 = 62 pCt. im Laufe des ersten Jahres, und zwar von 51 Kindern nicht-inficirter Mütter 29 = 57 pCt., von 167 Kindern, deren Mütter an Syphilis litten, 106 = 63,5 pCt. Von den 167 Kindern syphilitischer Mütter blieben 90 von congenitaler Syphilis frei, 77 erwiesen sich als erkrankt; von den ersteren starben 46 = 51 pCt., von den letzteren 60 = 78 pCt. Es geht aus diesen Zahlen hervor, dass die Mortalität der Kinder von Prostituirten eine ausserordentlich hohe ist; auf Rechnung der Syphilis kam nur das auffallend kleine Plus von 6,5 pCt. Verf. benutzt weiterhin sein Material zu ausgedehnten statistischen Erhebungen über Zeit des Auftretens, Form und Dauer der congenitalen Syphilis, über den Einfluss des Alters und der Behandlung der mütterlichen Syphilis auf Syphilis und Leben des Kindes und über andere Verhätnisse, worauf hier aber nicht näher eingegangen werden kann. Die Ergebnisse bestätigen im Wesentlichen die allgemein verbreiteten Anschauungen über diese Fragen. Bemerkt sei nur noch, dass unter 28 lebensfähig geborenen Kindern tertiär-syphilitischer Mütter 11 syphilitisch

erkrankten. Im Uebrigen liess sich ein erheblicher Unterschied betreffs der Prognose für die Kinder aus dem leichteren oder schwereren Verlauf der mütterlichen Syphilis nicht ableiten. H. Müller.

J. S. Löblowitz, Ueber die therapeutische Verwendbarkeit des Airols in der dermatologischen Praxis. (Aus der Klinik des Prof. F. J. Pick in Prag. Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXVIII. S.-A.

Das Airol wurde als Ersatzmittel des Jodoforms, vor dem es die völlige Geruchlosigkeit voraus hat, bei exulcerirten Initialsklerosen und syphilitischen Papeln, bei gummösen Geschwüren, weichen Schankern, operirten Bubonen und bei verschiedenen anderen Prozessen, wie beim Lupus nach Zerstörung der Herde mit dem Paquelin, bei Verbrennungen, Unterschenkelgeschwüren u. s. w. versucht. Es veranlasste, auf die wunden Stellen aufgestreut, höchstens ein rasch vorübergehendes mässiges Brennen und führte nie zu Reizerscheinungen, nur auf Schleimhäuten oder schleimhautähnlichen Flächen bewirkte es bisweilen nach längerer Anwendung eine unbedeutende Abblätterung der obersten Epithelschichten, auch schien es die Ueberhäutung granulirender Wunden aufzuhalten. Dagegen veranlasste das Airol überall eine rasche Reinigung der Substanzverluste, erhebliche Beschränkung der Sekretion und reichliche Bildung guter Granulationen; nur in seiner antiseptischen Wirkung erwies sich ihm das Jodoform überlegen. — Auch innerlich wurde das Mittel zu 1,0—3,0 pro die ohne jede Beschwerde und mit anscheinend recht gutem Erfolge genommen; im Harn liess sich bereits nach 4 Stunden Jod nachweisen und es verschwand aus ihm erst wieder 5 Tage nach dem Einnehmen des letzten Pulvers. H. Müller.

M. Manasseïn, Zur Frage über die Permeabilität der normalen Haut. Eine experimentell-mikroskopische Untersuchung. Archiv f. Dermat. u. Syph. XXXVIII. S. 323.

Die mikroskopische Untersuchung menschlicher Haut, welche in der bei der Inunctionskur üblichen Weise mit Ungt. cinereum und der Haut von Kaninchen und Hunden, die mit Salben aus Cinnabaris factitia und Berlinerblau eingerieben worden war, führte zu dem Ergebnis, dass die lebende unverletzte Haut der Säugetiere bei der gewöhnlichen Einreibungsmethode für Salben undurchgängig ist, dass diese aber verschieden tief in die Haarbälge eindringen. — Ebenso hatte Verf. bei früheren Tierversuchen die Haut für Suspensionen von Cinnabaris factitia und Berlinerblau in Wasser, Spiritus und physiologischer Kochsalzlösung undurchlässig gefunden; die suspendirten Stoffe waren nur in den Haarbälgen nachzuweisen. H. Müller.

W. B. Chase, Remarks on the rational treatment of uterine fibroids. Med. Record 1896, June 6.

Nachdem Verf. kurz Klassifikation und Symptome der Uterusfibroide besprochen, wendet er sich zur Erörterung der Behandlung, bespricht, welche Fibrome keiner Behandlung bedürfen und unter welchen Bedingungen

er eine interne Therapie für angezeigt hält, nnd welche Mittel für dieselben in Betracht kommen. Dann wendet er sich znr Besprechnng der chirurgischen Therapie und der Indikationen der verschiedenen in Betracht kommenden Verfahren, als Abrasion, Enucleation, Unterbindung der Uterinae, Amputation und Exstirpation. A. Martin.

F. v. Winckel, Aetiologische Untersuchungen über einige sehr seltene fötale Missbildungen. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 17.

Wie schon lange bekannt, sind fötale Missbildungen nicht so häufig durch fehlerhafte Keimanlagen, als durch änssere Veranlassungen bedingt (Art des Uterus, des Amnions, der Fruchtwassermenge, mehrere Früchte etc.). Die häufigsten Missbildungen sind Fussverbildungen. W. führt 2 Fälle von Missbildnngen an, der erste durch Verengerung des Uteruscavum, der andere durch amnio-amniotisches Band bedingt. I. Uterus bicornis, bicollis, vagina septa; linkes Horn gravid. 1. Schädellage. Spontane Geburt mit doppeltem Pes varus; Retentio placentae; manuelle Entfernung aus dem linken Cervix nach 18stündigem Warten. Das Kind ist nicht ganz ausgetragen. (L. R. Mitte Februar, Gebnrt 13. Nov.) Fruchtwassermenge gering. W. sncht das ätiologische Moment der Verunstaltung in der spindelförmigen Gestalt des spitz nach oben gerichteten Uterus. II. Ein amnio-amniotisches Band, als 8förmige Schlinge um eine Extremität geschlungen, hat diese fast amputirt. Ansserdem bestand Umschlingung der Nabelschnur durch dasselbe Band, die den Tod der Frucht verursacht hat. — In diesem Fall ist das Ungewöhnliche, dass es ein amnio-amniotisches Band ist. Es bestand grosse Fruchtwassermenge. Der Fötus ist vermutlich durch die frei flottirende Amnionschlinge geschlüpft nnd durch Drehung entstand die Abschnürung des linken Oberarms. A. Martin.

A. Klautsch, Haematoma vulvae et vaginae post partum. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 4.

Verf. berichtet über ein kindskopfgrosses subfasciales Hämatom der Vulva und Vagina, welches ungefähr 2 Stunden nach der Geburt spontan entstanden ist. Am 4. Tage erfolgte Spontanruptur der Geschwulst nnd Entleerung von Blutcoagula. Nach streng aseptischer Behandlung erfolgte am 25. Tage völlige Heilnng.

An diese Mitteilung schliesst K. eine Tabelle von mehreren derartigen Fällen an. A. Martin.

Druckfehlerberichtigung. In No. 26, Seite 449 (Referat von I. Munk):

Zeile 9 von unten lies „Natriumsulfid“ statt Natriumsulfit.
„ 10 „ „ „ „borsanres“ „ hasaures.
„ 11 „ „ „ „XXXV“ „ XXXIV.

Einsendnngen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **17. Juli.** **No. 29.**

Inhalt: Juschtschenco, Ueber den Bau der sympathischen Knoten. — Langendorff, Untersuchungen am überlebenden Säugetierherzen. — Müller, Nucleongehalt der Muskeln. — Harley, Bildung von Urobilin. — v. Gebhardt, Einfluss mehrmaliger Nahrungsaufnahme auf den Organismus. — Fahrenbach, Hasenscharten-Operationen. — Stettinen, Ueber Osteomyelitis. — Lane, Ruptur der Trachea. — Stankowski, Akutes Larynxödem nach Jodkaliumgebrauch. — Delius und Kolle, Untersuchungen über Influenza-Immunität. — Ermengem, Aetiologie des Botulismus. — Pfuhl, Zur Desinfektion mit Formaldehyd. — Scheffen, Die Widal'sche Serumreaktion. — Sharp, Die Atropingruppe. — Johannessen, Fall von Petroleumvergiftung. — Crämer, Behandlung des Magengeschwürs mit Wismuth. — Dickinson, Herzbeutelverwachsung und Herzhypertrophie. — Féré, Ueber Epicondylalgie. — Bödeker, Chronische nucleäre Augenmuskellähmung. — Westphal, Tabische Gelenkaffektion bei Paralyse. — Pfeiffer, Akute Myelitis. — Henschen, Akute disseminirte Rückenmarks-Sklerose. — Freund, Gilchrist, Wirkung der Röntgen-Strahlen auf die Haut. — Parrot, Ueber Zwillingsgeburten. — Beckmann, Schwangerschaft und Geburt bei doppeltem Uterus und doppelter Scheide. — Knauer, Fall von Dermoidcyste des Ovariums. — van Cott, Maligne chronische Endometritis. — Jacobj, Das Sphacelotoxin.

A. J. Juschtschenco, Zur Frage über den Bau der sympathischen Knoten bei Säugetieren und Menschen. Archiv f. mikroskop. Anatomie. Bd. 49. S. 585.

Verf. untersuchte sämmtliche sympathischen Knoten des Grenzstranges an verschiedenen Säugetieren und am Menschen. Bezüglich der hierbei angewandten Modifikation der Golgi'schen Methode (nach Kolossoff) und der Kritik dieser letzteren vergleiche man das Original. — Verf. bestätigt die Befunde zahlreicher früherer Autoren, dass die Zellen sympathischer Ganglien fast durchweg multipolar sind. Die Fortsätze gehen von den verschiedensten Stellen der Zellen, oft aber auch nur von zwei entgegengesetzten Enden ab. Unipolarzellen (Dogiel) in der Peripherie der Ganglien konnte Verf. nicht auffinden. Die Zellen liegen in den Ganglienknoten regellos zerstreut oder sind in Gruppen derart angeordnet, dass die Zellen die Peripherie dieser Gruppen einnehmen und in das Innere derselben zahl-

reiche protoplasmatische Fortsätze entsenden. Durch längere Fortsätze stehen diese Gruppen mit benachbarten Ganglienzellen in Verbindung.

Die Protoplasmafortsätze endigen immer innerhalb des betreffenden Knotens und gehen nie in ein anderes Ganglion über. Sie formiren nicht in der Peripherie des Knotens ein gemeinsames Geflecht, sondern endigen entweder frei oder bilden Geflechte um die Ganglienzellen (nids pericellulaires), und zwar nehmen an der Bildung der letzteren meist mehrere Fortsätze teil, doch kann auch ein einziger Dendrit um 2 und mehr Zellen Geflechte bilden.

Die austretenden Neuriten teilen sich niemals innerhalb der Knoten. Collateralen sind nur sehr selten an ihnen zu sehen, vielleicht nur wegen deren Feinheit. Bis zu ihrem Austritte bleiben die Axencylinderfortsätze marklos und ziemlich glatt. Sie treten in Bündeln vereinigt aus den Knoten aus.

Die eintretenden und dann marklosen Nervenfasern sind im Gegensatz zu den austretenden feiner, besitzen viele Varicositäten und zerfallen schliesslich in feinste Fäserchen, die um die Ganglienzellen manchmal „Faserkörbchen" bilden. Letztere liegen nach aussen von den „nids pericellulaires" der protoplasmatischen Fortsätze und berühren sich durch Kontakt mit Drüsen. Auch senden die eintretenden Nervenfasern Aestchen zu den Gefässen der Ganglien ab.

Die sympathischen Ganglienzellen unterscheiden sich in ihren Formeigenschaften (abgesehen von dem feineren Bau) nicht von den Zellen des cerebrospinalen Nervensystems. Brühl.

O. Langendorff, Untersuchungen am überlebenden Säugetierherzen. II. Abhandlung. Pflüger's Arch. LXVI. S. 355.

Die in Gemeinschaft mit C. Nawrocki ausgeführten Untersuchungen schliessen sich in Bezug auf die Methodik, das isolirte Warmblüterherz (Katze, Kaninchen) mittelst geeigneter Blutdurchströmung überlebend zu erhalten, durchaus dem an, worüber bereits in der ersten Mitteilnng berichtet worden ist (Centralbl. 1896, S. 210). Die künstliche Ernährung des Herzens geschah nicht mit reinem Blut, sondern mit defibrinirtem Blut desselben Tieres, das mit dem gleichen Volum 0,8 proc. NaCl-Lösung verdünnt wurde; die Bewegungen des Herzens wurden selbstthätig verzeichnet.

In der vorliegenden Versuchsreihe wurde der Einfluss der Temperatur auf Zahl, Stärke und zeitlichen Ablauf der Herzpulse geprüft, sowie die Temperaturgrenzen nach oben und unten, welche der Thätigkeit des Warmblüterherzens ein Ziel setzen. Schon auf Grund der in seiner Dissertation niedergelegten Versuche hatte Nawrocki geschlossen, dass bei Abnahme der Temperatur innerhalb bestimmter Grenzen mit der Verminderung der Pulszahl eine Steigerung der Kontraktionsenergie (Pulshöhe) einhergeht, so dass das Optimum für die Pulshöhe unter der Normaltemperatur des Säugetierherzens gelegen ist. Verf. stimmt dem im Allgemeinen bei, nur mit der auf Grund weiterer Versuche hervorzuhebenden Massgabe, dass, da die Pulshöhe sich in erster Linie von der Strömungsgeschwindigkeit des das Herz speisenden Blutes abhängig erweist, die Feststellung einer bestimmten

Temperaturgrenze einigermassen schwierig ist, indem mit sinkender Temperatur zugleich auch die Durchströmungsgeschwindigkeit eine Abnahme erfährt.

Die bedeutende Erhöhung der Durchströmungsgeschwindigkeit durch die Coronargefässe bei erwärmtem Blute kann rein physikalisch durch die stärkere Transspiration wärmeren Blutes, oder durch Zunahme der Herzpulse, oder endlich durch direkt lähmenden Einfluss des warmen Blutes auf die Gefässmuskeln sich erklären.

Wird das Herz über die Norm erwärmt, so kann die Pulszahl bis auf 160 in der Minute ansteigen, unter entsprechend rapidem Ablauf der einzelnen Systolen; wird es dagegen abgekühlt, so beobachtet man nahe der unteren Temperaturgrenze, jenseits deren die Herztätigkeit zum Stillstand kommt, 1 oder 2 ausserordentlich verlangsamte Systolen in der Minute bei noch nahezu regulärem Herzrhythmus. Im Allgemeinen tritt mit Ansteigen der Temperatur Zunahme, mit Absinken Abnahme der Pulszahl ein, wie dies auch schon NEWELL MARTIN gefunden, und zwar sinkt mit abnehmender Temperatur die Pulszahl langsamer, als sie bei um den gleichen Betrag zunehmender Wärme ansteigt. Hat man bei der Temperatursteigerung das Optimum erreicht, so bleibt bei weiterer Temperaturerhöhung bis zur oberen Grenze die Pulszahl entweder konstant oder nimmt sogar wieder ab. Legt man zwischen die hohen Temperaturen Perioden der Abkühlung, so lässt sich dadurch das Temperaturoptimum, wie schon MARTIN am unvollständig isolirten Herzen beobachtet hat, weiter nach oben verschieben, ebenso das Maximum der Pulsfrequenz. Aehnlich verhält es sich, wenn man sich der unteren Temperaturgrenze nähert. Bei Erwärmung erhält sich die Regelmässigkeit des Rhythmus besser, als bei Abkühlung des Herzens, insofern schon zwischen 23 und 20° C. die Herzpulse arhythmisch werden, zuweilen trat auch das sogen. Herzwogen auf, insbesondere bei schroffem Temperaturwechsel, plötzlicher Steigerung des Durchblutungsdruckes und der Verwendung nicht frischen (alten) Blutes.

Die untere Temperaturgrenze, bei der noch seltene Herzkontraktionen beobachtet werden, fand MARTIN bei 16°, Verf. einmal noch bei 11°, ja sogar bei 7° C. Die obere Grenze fällt, in Uebereinstimmung mit MARTIN, annähernd mit der Temperatur der Wärmestarre des Herzmuskels, etwa 45°, zusammen. Der Starre geht nicht eine Wärmelähmung voraus, wie CYON beim Froschherzen eine solche beobachtet hat. I. Munk.

M. Müller, Ueber den Gehalt der menschlichen Muskeln an Nucleon. Zeitschr. f. phys. Chem. XXII. S. 561.

Verf. bestimmte bei 3 Selbstmördern den Gehalt der Muskeln — in allen Fällen wurde der Ileopsoas verwendet, in zweien ausserdem der M. rectus abdominis — an Nucleon (Phosphorfleischsäure) nach der Methode von BALKE und IDE. Derselbe ergab sich zu 0,112 (Mittel aus zwei Bestimmungen.

Da das Nucleon bei der Muskelthätigkeit verbraucht wird, so ist eine genaue Konstanz der Muskeln an Nucleon nicht zu erwarten.

Der Nucleongehalt der Muskeln von Neugeborenen ist demgegenüber wesentlich geringer, nämlich 0,057—0,023—0,0—0,009 pCt.

E. Salkowski.

V. Harley, Formation of urobilin. Brit. med. journ. 1896, p. 898.

Nach einer Uebersicht der verschiedenen Lehrmeinungen über die Entstehung des Urobilins bespricht Verf. genauer die Schmidt'sche Methode des Nachweises desselben, deren auch er sich bediente. Sie beruht darauf, dass Urobilin mit Sublimat eine Rosafärbung giebt. SCHMIDT hatte Darminhalt und Darmwandung so untersucht und war zu der Anschauung gekommen, dass Urobilin durch die Darmwand hindurch diffundire. HARLEY hält jedoch die Imprägnation der Darmwand mit Urobilin für eine Leichenerscheinung; sie ist um so intensiver, je länger nach dem Tode die Untersuchung stattfindet. — Betreffs der Entstehung des Urobilins ist auch er ein Anhänger der enterogenen Theorie. Einem Icterischen wurde von Urobilin freie Schweinegalle mittelst Magensonde beigebracht; am zweiten Tage war Urobilin in den Fäces, am dritten im Harn zu finden. — Die starken Schwankungen seiner Quantität führt Verf. auf Differenzen der bakteriellen Zersetzungsprozesse im Darm zurück, je stärker diese, um so mehr Urobilin, und umgekehrt, so dass ein Parallelismus zwischen seiner Bildung und der der Aetherschwefelsäuren bestehen würde: bei einem Hunde, dem der grösste Teil des Dickdarms exstirpirt war, fand sich in den Fäces viel Gallenfarbstoff, doch wenig Urobilin, im Harn wenig Aetherschwefelsäuren.

Auch die starke Urobilinausscheidung, die man bei inneren Blutungen, bei fieberhaften, infektiösen Erkrankungen, bei perniciösen Anämien findet, will Verf. mit den Fäulnisprozessen im Darm in Beziehung bringen.

A. Loewy.

F. v. Gebhardt, Ueber den Einfluss ein- und mehrmaliger Nahrungsaufnahme auf den Organismus. Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 65. S. 611.

Verf. hat in einem ausgedehnten Stoffwechselversuche am Hunde die bisher verschieden beantwortete Frage wieder aufgenommen, ob bei ein- oder mehrmaliger Darreichung der täglichen Nahrung die Ausnutzung und Verwertung eine bessere sei. Es wurde der Stickstoff der eingeführten, aus Fleisch bestehenden Nahrung und der des Harns und Kots bestimmt während fünf aufeinander folgenden Perioden, in deren erster das Tier die Nahrung auf einmal, in deren zweiter 2mal, dann 4mal, 8mal und endlich wieder nur 1mal erhielt.

Es zeigte sich, dass die Ausnützung im Darm in allen Fällen eine gleich gute war, dass aber bei fraktionirter Darreichung der Nahrung weniger Stickstoff im Harn erschien, also mehr im Körper zurückgehalten wurde als bei einmaliger. Danach wäre es vorteilhafter, die Nahrung in mehreren kleineren Portionen zu gegen.

Verfasser erklärt dieses Resultat damit, dass, wenn die Nahrung in kleineren Portionen in den Darm gelangt, die Resorption rascher erfolgt

und demnach weniger Zeit und Gelegenheit zur Fänlnis und so zur Unmöglichkeit eines Ansatzes gegeben sei. A. Loewy.

E. Fahrenbach, Die Hasenscharten auf der Göttinger chirurgischen Klinik vom April 1885 bis Oktober 1895. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLIV. S. 81.

Der Bericht erstreckt sich über 210, vom Ende April 1885 bis Ende Oktober 1895 operirte Hasenscbarten, von denen 143 (68 pCt.) auf männliche und 67 (32 pCt.) anf weibliche Personen kamen. 41 waren einseitige einfache Lippenspalten, darunter nur 15 bei weiblichen Personen, 118 einseitige Lippenspalten, complicirt mit Einkerbungen anf einer der beiden oder beiden Seiten des Kiefers nnd Gaumens oder des Kiefers oder Gaumens allein, darunter 34 weiblichen Geschlechts, 8 doppelseitige einfache Lippenspalten, darunter 5 weiblichen Gescblechts, nnd 51 doppelseitige Spalten mit vollständiger oder teilweiser Beteiligung von Kiefer nnd Gaumen auf der einen oder beiden Seiten, darnnter 16 weiblichen Geschlechts. Neben der Hasenscharte bestanden manchmal noch andere Missbildungen und war eine grosse Zahl der betreffenden Kinder elend und schwächlicb mit allerlei katarrbalischen und rachitischen Affektionen, namentlich aber solchen der Mund- nnd Nasenhöhlen. Bei Weitem die meisten Operirten standen im ersten Lebensjahre und nur 22 ($10^1/_2$ pCt.) im zweiten oder einem späteren Jahre.

Die Technik der operativen Behandlung war im Allgemeinen die von KÖNIG in seinem Lehrbnch beschriebene und wnrden 166 gute, 25 teilweise Erfolge nnd 6 Fehlresultate erzielt. Bei den letzteren handelte es sich jedesmal um scbwere Fälle complicirter Hasenscharte. In 4 Fällen blieb das Ergebnis unbekannt, da die Patt. vor abgelaufener Heilnng wider ärztlichen Rat der Behandlnng entzogen wurden. Es starben während des Aufenthaltes in der Klinik 9 Kinder, darunter 7 mit doppelseitigen complicirten Hasenscharten nnd 3 mit einseitigen complicirten Lippenspalten. Ein Pat. war 2mal, ein zweiter 3mal operirt. Todesursache war 2mal Magendarmkatarrh, 1mal Erysipel, 1mal Lnngenatelectase, 1mal blieb sie unbekannt. Unter den Ueberlebenden konnte man von 198 (unter 210 verwertbaren Fällen) nähere Nachrichten einziehen. Es waren 83 (41,8 pCt.) gestorben, einschliesslich der in der Klinik eingetretenen Todesfälle, und zwar ergab sich in Uebereinstimmung mit der Sammelstatistik von MÜLLER unter Hinznrechnnng der früher (1885) von ABEL aus der Göttinger Klinik veröffentlichten Fälle, für die ersten beiden Wochen nach der Operation 8 pCt., für die Zeit von der dritten Woche bis zum dritten Monat 17,8 pCt., ferner im ersten Jabr überhaupt 32,3 nnd später 9,6 pCt. Die im Alter unter 1 Monat 52,6 pCt. betragende Sterblichkeit sinkt nach einer Steigerung auf 50 pCt. für den 7. bis 9. Monat auf 6 pCt. für den 10. bis 12. Monat und anf 5 pCt. für die spätere Lebenszeit. Dentlicher wird noch das Absinken, wenn man das Lebensalter der Operirten in grössere Abschnitte, in den 1. Monat, den 2.—6., den 7.—12. Monat und das zweite Lebensjahr teilt. Von 48,3 pCt. erniedrigt sie sich auf 5,4 pCt. Bei den Ueberlebenden wurde nnr 1mal Nicbt-Heilung, bei den übrigen Heilung,

nicht selten allerdings mit einer kleinen Lippenkerbe dargethan. Die Häufigkeit, mit der in Göttingen ganz frühe Operationen gemacht wurden, steigert im Uebrigen die Zahl der an Lebensschwäche und Krämpfen Verstorbenen. P. Güterbock.

H. Stettiner, Bericht über die in den letzten 15 Jahren behandelten Fälle von Osteomyelitis. (Aus der chir. Abteil. des Allgem. städt. Krankenhauses am Friedrichshain in Berlin. Direktor: Geh. Rat Prof. HAHN.) D. med. Wochenschr. 1896, No. 11.

Von 196 vom 1. Januar 1880 bis 1. Juli 1895 behandelten einschlägigen Fällen kamen 99 im akuten Stadium zur Behandlung; dieselben verteilen sich über die einzelnen Jahrgänge ebenso wie ihre Sterblichkeit in sehr verschiedener Weise. Von den 99 wurden 54 geheilt, 22 gebessert, 2 vor Lösung des toten Knochens ungeheilt entlassen und 21 starben. Die Gesammtsterblichkeit der 196 Fälle betrug 11,76 pCt. Bei 19 Patt. waren mehrere Knochen erkrankt, von diesen starben 10. Noch schlechter verliefen die Fälle mit Metastasen in inneren Organen. Grossen Einfluss auf die Sterblichkeit hatte die Schwere der Erkrankung; relativ die meisten Todesfälle betrafen die in der ersten Krankheitswoche Aufgenommenen, jedoch spricht dies nicht gegen die Frühoperation. Letztere bestand bei 78 in blossem Einschnitt mit † 11, bei 20 in Aufmeisselung des erkrankten Knochens mit † 11, indem es sich hier um ganz schwere Fälle handelte. Dass in solchen schweren Fällen die sog. typhösen Symptome den örtlichen Befund völlig verdunkeln können, wird vom Verf. aufs Neue bestätigt. Aufmeisselung mit nachfolgender Auslöffelung des Markes vor Ausbildung des subperiostalen Abscesses ist dort angezeigt, wo nach Incision nicht nach 1—2 Tagen Besserung eintritt. Zur Amputation kam es nur in 4 Fällen mit Komplikationen, † 2. Sehr günstig waren die Ergebnisse in den chronischen Fällen, sofern die betreffenden Patienten (wie es 18mal geschah) vor Lösung des Sequesters die Anstalt verliessen.
P. Güterbock.

Cl. A. Lane, A case of traumatic intra-thoracic rupture of the trachea without fracture of the wall. Brit. med. journ. 1897, May 9.

Ein 14jähriger Eisenbahnbeamter war mit der Brust zwischen den Puffer und die Plattform eines Eisenbahnwagens geraten und sofort in das Spital gebracht worden. Er lag schreiend da, antwortete nicht, bewegte den rechten Arm und das rechte Bein, aber nicht die linke Körperseite; das Gesicht war durch Grimassen verzogen, aber beide Seiten wurden gleichmässig bewegt. Keine Rippenfraktur, Perkussion normal; die Auskultation ergab so laute Rhonchi über beide Lungen, dass die Herztöne nicht hörbar waren. Puls schwach. Um Mitternacht wurde er ruhelos, cyanotisch mit Orthopnoe. In der linken Seite etwas Beweglichkeit. Emphysem der linken oberen Brustseite, des Nackens und des Gesichts bis zum Supraorbitalwinkel. Hypersonorer Schall bei der Perkussion über der Gegend der linken Brustwarze; grobes Rasseln während der In- und Exspiration über der ganzen Brust und feines Knistern in der Atempause über dem Herzen als beginnendes Mediastinalemphysem. Keine Expecto-

ration. Puls 120, leicht unterdrückbar. Am nächsten Morgen war das Bewusstsein freier, die Respiration 44; inspiratorische Einziehung der unteren Brustteile. Allgemeines Rasseln über der Brust, offenbar vom Larynx oder der Trachea herrührend. Flüssigkeit oder Luft in der Pleura nicht nachzuweisen. Mit steigender Pulszahl (180) und beschleunigter Respiration (72) Fieber bis über 41° und zunehmender Cyanose Tod am dritten Tage.

Die Sektion ergab am Cranium keine Veränderung, ebensowenig am Sternum und den Rippen. Dagegen Ecchymosen und Emphysem des Mediastinum und parietalen Pericards. 2 Zoll aufwärts von der Bifurkation trennte ein Riss die Tracheairinge. Ein Abscess umgab ausserhalb diese Stelle. In den Bronchien Eiter; in den Lungen Kongestion mit einigen pneumonischen Herden; in der Pleura weder Luft, noch Flüssigkeit. Abdomen normal. W. Lublinski.

Stankowski, Zwei Fälle von akutem Larynxödem nach Jodkaliumgebrauch. Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 12.

Mitteilung zweier Fälle, bei denen das Oedem einseitig und circumskript auftrat. Letzteres ist besonders zu betonen, da in den bisher veröffentlichten Fällen dieser Umstand nicht hervorgehoben ist. Ferner ist erwähnenswert, dass das Oedem erst nach längerem Gebrauch der Jodpräparate aufgetreten ist und dass im zweiten Fall schon früher das Mittel ohne jede Nebenwirkung genommen wurde. Auch war das Oedem keineswegs bedrohlicher Natur.

(Derartige leichte Jodödeme sind durchaus nicht so selten, als es der Litteratur nach scheinen könnte. Ref.) W. Lublinski.

Delius und Kolle, Untersuchungen über Influenza-Immunität. Zeitschr. f. Hyg. XXIV, (2.) S. 327.

Um einen geeigneten Nährboden zum Gewinnen grösserer Mengen von Influenzabacillen aufzufinden, haben Verff. viele Versuche angestellt. Am geeignetsten erwies sich Taubenblutbouillon — nach Sterilisirung gewöhnlicher Bouillon wurden 50 ccm mit $^1/_4$—$^1/_2$ ccm defibrinirten Taubenblutes versetzt, das Gemisch gut verteilt und zum Gefrieren gebracht — und Agar, dem etwas Taubenblut beigemischt war. Mit Kulturen, welche auf den angegebenen teils festen, teils flüssigen Nährböden gezüchtet waren, wurden Tierexperimente angestellt. Verff. konnten feststellen, dass bei intraperitonealer Injektion eine Vermehrung der injicirten Stäbchen stattfindet, während jedoch die Organe steril blieben. Die Wirkung ist verschieden, je nach der Dosirung. Bei einer tödlichen Dosis stellen sich einige Stunden nach der Injektion der Influenzabacillen in die Bauchhöhle die ersten Krankheitssymptome ein. Die Tiere werden schlaff, zeigen eine auffallende Muskelschwäche, namentlich in den hinteren Extremitäten, verbunden mit fibrillären Zuckungen. Diese Erscheinungen verstärken sich unter zunehmender Prostration und starkem Temperaturabfall bis zum Tode, der innerhalb 12—48 Stunden einzutreten pflegt. Bei subkutaner oder

intravenöser Einverleibung der Influenzabacillen sind unvergleichlich grössere Dosen erforderlich, um Tiere krank zu machen oder zu töten. Das Influenzagift ist in den Leibern der Bacillen enthalten und geht nur zum kleinen Teil in das Nährmedium über, es ist gegen äussere Einflüsse sehr wenig widerstandsfähig.

Die angestellten Immunisirungsversuche führten zu einem vollkommen negativen Resultate, es war nicht möglich, durch Injektion abgetöteter und später lebender Kulturen einen Schutz gegen eine folgende Injektion zu erzielen. Auch war das Blut von Menschen, welche eben eine Influenza überstanden hatten, nicht befähigt, gegen eine tödliche Infektion zu schützen. Dieser negative Ausfall war nach den bisherigen Erfahrungen, dass jemand während einer Epidemie mehrfach erkranken kann, zu erwarten. Nunmehr ist auch experimentell festgestellt, dass es aussichtslos ist, auf dem Wege der aktiven Immunisirung, wie dies bei der Cholera der Fall ist, zur Verhütung der Krankheit oder demjenigen der Serotherapie, ähnlich wie bei der Diphtherie, zur Heilung der Influenza etwas zu erreichen. H. Bischoff.

Ermengem, De l'étiologie du botulisme. Compt. rend. de la soc. de biol. 1897, No. 6.

Ermengem hat aus einem Schinken, welcher zu einer Fleischvergiftung geführt hatte, einen neuen anaëroben Mikroorganismus gezüchtet und hält diesen für den Erreger des Botulismus, da seine Kulturprodukte bei empfänglichen Tieren den gleichen Symptomenkomplex hervorrufen. Das ausserordentlich wirksame Toxin verursacht neben anderen Symptomen dauernde Mydriasis, Zungenvorfall, Schluckbeschwerden, Stimmlosigkeit und Lähmungen. Die empfänglichen Tiere, der Affe und das Meerschweinchen, gehen an sehr kleinen Dosen des Toxins zu Grunde. Das Toxin des Mikroorganismus wirkt auf die Gefässwand, Hämorrhagien sind an verschiedenen Stellen des Gehirns, Rückenmarks und bestimmter Organe gefunden worden. H. Bischoff.

Pfuhl, Untersuchungen über die Verwendbarkeit des Formaldehydgases zur Desinfektion grösserer Räume. Zeitschr. f. Hyg. XXIV. (2.) S. 289.

Pf. hat Versuche mit dem Trillat'schen formogenen Autoclaven, durch welchen das Formalin unter einem Druck von 3—4 Atmosphären verdampft wird, angestellt. Trillat hat gefunden, dass man, wenn zum Formalin Chlorcalcium, ungefähr 150 g auf 1 l, hinzugesetzt wird, welche Mischung er Formochlorol nennt, und das Verdampfen unter erhöhtem Druck geschieht, die Polymerisation des Formalins verhindert. Ausserdem hat der Autoclav gegen die Formallnlampen den grossen Vorzug, dass er ausserhalb des zu desinficirenden Raumes aufgestellt werden kann, so dass eine Belästigung durch Formaldehyddämpfe vermieden wird. Zu beachten ist, dass das Formalin nicht mehr als 1 pCt. Methylalkohol enthält, da dieser mit dem Formaldehyd beim Erhitzen unter Druck das unwirksame Methylal bildet.

Pf. ist bei seinen Versuchen zu dem Schlusse gekommen, dass das Trillat'sche Verfahren, wenn reines Formalin angewandt wird, zu Ober-

flächen-Desinfektionen geeignet ist, so zur Desinfektion der Wände, Decken, Fussböden von Krankenzimmern, sowie der darin enthaltenen Bettstellen, Tischen und Stühlen. Man darf sich auf eine bestimmte Sorte Formalin nur verlassen, wenn bei der Zimmerdesinfektion Staphylococcus aureus, an Seidenfäden angetrocknet, vernichtet wird, da dann anzunehmen ist, dass auch die anderen in Betracht kommenden Infektionskeime abgetötet sind. Zur Desinfektion von Kleidern, Betten, Matratzen und wollenen Decken ist nicht das Formaldehyd, sondern nach wie vor die Desinfektion in strömendem Wasserdampfe zu empfehlen. H. Bischoff.

Scheffer, De waarde der Widal'sche serum-reactie als diagnosticum by typhus abdominalis. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1897, No. 12.

Verfasser veröffentlicht die Ergebnisse von Untersuchungen, die er im hygienischen Institut von Strassburg bezüglich der Widal'schen Serumreaktion bei Unterleibstyphus angestellt. Die betreffenden Kranken entstammten den Kliniken von Naunyn und Kohts. Bei 21 Typhuskranken fiel die Reaktion stets positiv aus; verwendet wurde die zweite Modifikation des Widal'schen Verfahrens: in ein Röhrchen mit sterilisirter Bouillon wird eine bestimmte Menge des zu untersuchenden Serums gebracht und sofort mit einer Oese einer 24 Stunden alten Typhusagarkultur geimpft. Dann kommt das Röhrchen in den Brutofen bei 37°. Bei positivem Ergebnis setzt sich nach 12—18 Stunden, bisweilen früher, auf dem Boden des Röhrchens ein flockiger Niederschlag ab, während die überstehende Nährflüssigkeit vollkommen hell ist. Bei negativem Ausfall trübt sich die Bouillon gleichmässig, hat bei durchfallendem Licht moirirtes Aussehen, auf dem Boden keinen oder sehr geringen flockigen Niederschlag. Das Verhältnis der Menge des Serums zur Typhusbouillon wurde von Sch. sehr verschieden gewählt, auch wurde die Reaktion zu verschiedenen Zeiten der Erkrankung, auch während der Genesung, festgestellt. Die hohe Bedeutung des Verfahrens für die Diagnose von nicht sicheren Typhusfällen veranschaulicht Sch. durch kurze Mittellung von 2 Krankengeschichten.

G. Meyer.

G. Sharp, The atropine group. Brit. med. journ. No. 1825.

Verf. beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit mit den dem Atropin ähnlichen Alkaloiden, die er unter dem Namen der Atropingruppe zusammenfasst; hierzu zählt er das Hyoscyamin, Hyoscin, Daturin, Duboisin und Scopolamin. Jedes dieser Alkaloide lässt sich in ein anderes überführen. Alle genannten Stoffe erweitern die Pupille, alle besitzen hypnotische Eigenschaften, alle geben mit alkoholischer Sublimatlösung dieselbe Reaktion. Ein durch Muscarin zum Stillstand gebrachtes Herz wird durch jeden zur Atropingruppe gehörigen Körper wieder in Bewegung gesetzt; ebenso wirken sie alle in gleicher Weise auf ein freigelegtes Froschherz. Eingehend bespricht Verf. alsdann das neueste Mittel dieser Atropingruppe, das Scopolamin; zahlreiche Versuche am Froschherzen zeigten eine dem Atropin völlig gleiche Wirkung. Auch an sich selbst stellte Verf. mit dem

Scopolaminum hydrobromatum Versuche an: $^1/_{100}$ Gran ins Auge geträufelt verursachte Pupillenerweiterung; dieselbe Dosis, innerlich genommen, bewirkte Trockenheit im Halse, leichte Schlafneigung, geringe Pulsverlangsamung. Gössere Dosen, $^1/_{50}$—$^1/_{33}$ Gran, führten zunächst eine erhöhte Pulsfrequenz, dann eine Verlangsamung herbei, wobei der Puls voll blieb; Klopfen in den Schläfen, Trockenheit im Halse und in der Nase, starke Pupillendilatation mit undeutlichem Sehen, taumelnder Gang, Schlafsucht. In weniger als 12 Stunden verschwanden alle diese Erscheinungen, ohne eine unangenehme Nachwirkung zu hinterlassen. K. Kronthal.

A. Johannessen, Ein Fall von tödlich verlaufener Petroleumvergiftung bei einem zweijährigen Mädchen. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 15.

Ein 2jähr. Mädchen, das aus tuberkulöser Familie stammte, hatte eine grössere Menge Petroleum — wieviel? ist nicht genau angegeben — getrunken. Ein paar Stunden nach der Vergiftung war das Kind benommen, aber nicht bewusstlos, die Pupillen waren nicht erweitert, reagirten gut; Puls 144, etwas unregelmässig, Respiration 56, erschwert. Die durch Magenpumpe und Clysmata herbeigeführten Entleerungen rochen stark nach Petroleum. Herzschwäche und Respirationsbeschwerden nahmen schnell zu, und 5 Stunden nach der Aufnahme des Giftes starb das Kind im Coma. Bei der Sektion wurden keine pathologisch-anatomischen Veränderungen gefunden, von denen man annehmen konnte, dass der Tod durch sie herbeigeführt worden sei. Es war bedeutende Atelektase der Lungen, aber kein Zeichen einer pneumonischen Infiltration vorhanden; das Herz war erweitert, aber ohne Fettdegeneration, ebensowenig konnte solche im Darm und den Nieren nachgewiesen werden. Verf. glaubt, dass die Intoxikation auf Grund der klinischen Erscheinungen und des negativen Sektionsresultates nur als cerebrospinale aufzufassen sei; in ähnlicher Weise wirken als cerebrospinale Gifte mancherlei Verbindungen aus der Kohlenwasserstoffreihe, und diese Körper, aus denen das amerikanische Petroleum besteht, sind auch als der eigentlich giftige Bestandteil desselben anzusehen. Es ist wahrscheinlich, dass die Wirkung den niedrigsten Kohlenwasserstoffen zuzuschreiben ist, da diese Verbindungen sich um so ungiftiger erweisen, eine je höhere Anzahl Kohlenstoffe sich im Molekül befinden.

Stadthagen.

F. Crämer, Ueber die Behandlung des Ulcus ventriculi mit grossen Bismuthdosen. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 25.

Die Ansichten über die Wirksamkeit des Bismuths bei der Behandlung des runden Magengeschwürs sind im Laufe der letzten Jahre sehr wechselnde gewesen. Zur Klärung dieser Frage hat C. die bekannte Fleiner'sche Methode der Bismuthbehandlung in der Weise modificirt, dass er morgens nüchtern 8—10 g in Wasser suspendirtes Bismuth innerlich nehmen und dann den Pat. eine solche Lage einnehmen liess, dass man vermuten durfte, dass die Hauptmenge des einverleibten Mittels auf die erkrankte Stelle im Magen gelangte. Nebenbei wurde natürlich grosses Gewicht auf eine richtige Diät gelegt. Auf diese Weise wurden 12 Fälle von Ulcus ventric.

behandelt. Die Erfolge waren sehr befriedigende; in einzelnen Fällen trat sogar die Besserung ganz auffällig schnell ein. Nur 2mal, in Fällen, wo es sich neben dem Ulc. ventr. noch um eine Stenose des Pylorus handelte, war das Resultat nur wenig befriedigend. Durchschnittlich erhielt jeder Pat. ca. 100—200 g Bismuth. Vergiftungserscheinungen irgend welcher Art wurden niemals beobachtet. Unangenehm wurde nur die Verstopfung bemerkt. Wichtig ist es vor allem, dass man das Bismuth chemisch rein anwendet und dass man sich im Laufe der Behandlung nach einer etwaigen Stomatitis erkundigt, auch öfter den Urin untersucht. C. Rosenthal.

L. Dickinson, Adherent pericardium as a cause of fatal enlargement of the heart. Americ. journ. of the med. sc. 1896, Dec.

In manchen Fällen von totaler Obliteration des Pericardialsackes findet sich beträchtliche Hypertrophie und Dilatation des Herzens, die durch keine anderweitigen pathologischen Befunde zu erklären ist. Verf. sah 9 solcher Fälle tödlich verlaufen (mit 7 Autopsieen); sie betrafen sämmtlich jugendliche Individuen zwischen 8 und 21 Jahren. In demselben Zeitraum von 3 Jahren kamen noch 28 andere Individuen mit verwachsenen Pericardialblättern zur Sektion; bei diesen, sämmtlich im Alter über fünfzehn Jahren, lagen verschiedene Todesursachen, aber in keinem eine auf die Adhäsionen zu beziehende beträchtliche Herzvergrösserung vor; soweit der Termin der ursächlichen Pericarditis zu bestimmen war (in 12 Fällen), hatte sie sich erst nach der Pubertät entwickelt. Verf. schliesst daraus, dass die in der Kindheit entstandene Pericardialobliteration in relativ kurzer Zeit durch Komplikation mit Herzvergrösserung tödlich verläuft, während die bei Erwachsenen entstandene relativ ungefährlich ist. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass eine akute Pericarditis im Kindesalter sich nur selten auf die beiden sich berührenden Pericardialblätter beschränkt, dass es vielmehr zu Verwachsungen der Aussenfläche mit Sternum, Brustwand, Lungen und (sehr wichtig!) grösseren Flächen der Zwerchfells kommt.
Perl.

Ch. Féré, Note sur l'épicondylalgie. Revue de médecine. 1897, No. 2, p. 144.

Von der vom Ref. (Cbl. 1896, S. 559) beschriebenen Beschäftigungsneuralgie, bestehend in Schmerzen am Epicond. humeri externus und Radiusköpfchen etc., beobachtete auch F. 8 Fälle, 5 bei epileptischen, mit der Ausbreitung von Wäsche beschäftigten Männern und 3 bei Frauen, welche entweder selbst viel waschen mussten oder auf ihren gebeugten und supinirten Vorderarmen Lasten von Wäsche trugen. Das Leiden stellt nach F. keine eigentliche Neuralgie dar, auch bleibt die einmal entstandene Schmerzhaftigkeit am Epicond. ext. einige Zeit bestehen, trotzdem der Arm ruht, Bemerkungen, welche schon vom Ref. gemacht wurden, welcher den Namen „Beschäftigungsneuralgie“ auch nur der Kürze wegen gewählt hatte.
Bernhardt.

Digitized by Google

J. Bödeker, Anatomischer Befund bei einem Falle von chronischer nucleärer Augenmuskellähmung. Arch. f. Psych. XXVIII. (1.)

In dem mitgeteilten Falle handelt es sich um eine 49jährige Frau, die an einer durch Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen charakterisirten und mit fortschreitender Demenz einhergehenden Psychose von circa $^3/_4$jähriger Dauer litt. 11—12 Jahre vor dem Tode und dieser psychischen Störung trat eine linksseitige komplete Oculomotorinslähmung gleichzeitig mit Amblyopie auf; es folgte linksseitige Amaurose (Atrophia nervi optici) und rechtsseitige Pupillenstarre bei Lichteinfall und Konvergenzbewegung. Die Sektion erwies unter Anderem eine Degeneration des linksseitigen peripherischen N. oculomotorius und der beiderseitigen Oculomotorinskerne, -Wurzeln und -Faserbündel (rechts weniger als links). Der Trochleariskern war völlig intakt. Als Trochleariskern betrachtet B. mit Kausch u. A. die am distalen Ende des Oculomotorinskernes gelegene, in das hintere Längsbündel hineinragende Kerngruppe, welche hier völlig intakt war, obwohl die gesammte Oculomotorins-Kerngruppe beiderseitig degenerirt war.

S. Kalischer.

A. Westphal, Ueber einen Fall von tabischer Gelenkaffektion (Pied tabétique) bei progressiver Paralyse. Charité-Annalen 1895.

Bei einem ausgesprochenen Falle von progressiver Paralyse mit beginnender tabischer Rückenmarksaffektion und einseitigem Fehlen des Kniephänomens traten als Komplikationen auf: rascher Zahnausfall, Geschwürsbildung und Gelenkveränderungen an den unteren Extremitäten (schmerzlose Anschwellung des Fusses, Verbreiterung desselben, Senkung der plantaren Wölbung, Verdickung des inneren Fussrandes u. s. w.). Daneben bestanden Gelenkknarren und Schlaffheit der Gelenkverbindungen an beiden Füssen. Gröbere Analgesieen der Haut lagen nicht vor; das Fussinnere schien schmerzlos zu sein. Der Gelenkveränderung war einmal Perforation am linken Fuss vorausgegangen.

Ueber die letzten Ursachen dieser Störungen, sowie über die anatomische Lokalisation der trophischen Centren und Einflüsse kann vorläufig nichts Sicheres ausgesagt werden. — Der Mann dieser tabo-paralytischen Frau hatte gleichfalls Tabes und vorher Lues acquirirt. — Auf die Seltenheit dieser trophischen Störungen überhaupt, sowie bei der Tabo-Paralyse wird noch besonders hingewiesen.

S. Kalischer.

R. Pfeiffer, Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der akuten Myelitis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheik. VII. (3/4).

Der 43 Jahre alte Patient, welcher mässigen Abusus alc. trieb, angeblich aber nie Lues hatte, erlitt nach unbestimmten Beschwerden rheumatischer Art plötzlich eine Paraplegie der Beine mit Sensibilitätsverlust und Störung der Organreflexe. Nach 6 Wochen starb er infolge der Cystitis und Decubitalgeschwüre. Die Autopsie ergab, wie vorher angenommen war, eine akute Myelitis im Dorsal- und Lumbalteile des Marks hier unter Erkrankung des ganzen Querschnitts, weiter oben in fleckweiser Ausbreitung meist in der grauen Substanz. Sehr bemerkenswert sind akute entzünd-

liche Veränderungen an den Venen der verdickten Pia. Im Mark selbst fand der Vf. Zerfallsprodukte der verschiedensten Art, Gefässneubildungen und Blutungen.

Ein zweiter Fall, von dem die klinischen Daten einer Rückenmarkserkrankung fehlen, zeigte bei der Autopsie multiple Herde in der weissen Substanz des Rückenmarks. Bei der Auffassung des Falles diskutirt der Verf. die Frage, ob es sich um disseminirte Sklerose oder Myelitis handle. Er neigt der letzteren Ansicht zu, weil die Gefässe fast gar nicht beteiligt waren und nackte Axencylinder nicht gefunden wurden. M. Brasch.

S. E. Henschen, Akute disseminirte Rückenmarks-Sklerose mit Neuritis nach Diphtherie bei einem Kinde. Fortschr. der Med. 1896, No. 14.

Die 14jährige Patientin erkrankte fieberhaft mit Schmerzen im Halse und Kriebeln in den Beinen. Als sie 8 Tage später ins Spital kam, war es schon zu Schwäche in den Beinen und Urinretention gekommen. Die Patellarreflexe waren anfangs erhöht, verschwanden aber später, die Pareso ergriff die Arme und die Augenmuskeln, die Sehschärfe war sehr herabgesetzt. Die Sensibilität war an den Extremitäten und dem Rumpf erheblich gestört, die Muskeln atrophirten und zeigten entsprechende elektrische Störungen. Die Sphincteren waren incontinent. Die Phonations- und Respirationsmuskeln waren ebenfalls insufficient. Unter geringen Schwankungen (die Arme besserten sich) ging die Pat. an Decubitus und Pneumonie zu Grunde.

Die Untersuchung erstreckte sich nur auf das Rückenmark und die peripheren Nerven. Sie ergab zerstreute sklerotische Herde über die ganze Länge des Rückenmarks in den weissen und grauen Teilen desselben. Die Markscheiden waren zerstört, die Axencylinder mehr oder weniger intakt. In der weissen und grauen Substanz bestand Vermehrung der Glia. Die grossen Ganglienzellen waren degenerirt. Löffler'sche Bacillen waren nicht zu finden. Um die Gefässe herum waren Zellanhäufungen vorhanden. Die austretenden Wurzeln waren degenerirt, ebenso die Goll'schen Stränge. Die peripheren Nerven zeigten alle Grade der degenerativen Neuritis. Die anatomische Diagnose war also disseminirte Sklerose und Neuritis, dass die ursprüngliche Erkrankung Diphtherie war, wird als sicher vorausgesetzt.

Das Verhalten der Patellarreflexe und die Sphincterenstörungen machen es wahrscheinlich, dass der Prozess im Dorsalmark begonnen und sich von da nach oben und unten ausgebreitet hatte — so war erst das Bild der Myelitis und dann das der Neuritis entstanden. Bezüglich der Pathogenese des Falles ist HENSCHEN der Ansicht, dass die Toxine durch ihren Austritt aus den Gefässen in das Rückenmark zu einer Degeneration der Markscheiden mit nachfolgender Gliawucherung führen. Gefässalteration und Markdegeneration seien die primären Vorgänge. Die Degeneration der Goll'schen Stränge war eine sekundäre.

In seinen Schlusssätzen weist der Verf. darauf hin, dass dieser Fall in mehrfacher Hinsicht Interesse erregte, einmal als Fall von disseminirter

Sklerose nach Diphtherie; sodann als akuter Fall von multipler Sklerose, er zeigt ferner die nahen Beziehungen der multiplen Sklerose zu Infektionskrankheiten (Toxinwirkung) und beweist, dass diese Krankheit einen entzündlichen Charakter trägt. M. Brasch.

---

1) **L. Freund,** Ein mit Röntgen-Strahlen behandelter Fall von Naevus pigmentosus piliferus. (Aus der Abteil. des Dr. Ed. Schiff am Ersten öffentlichen Kinder-Krankenistitut in Wien.) Wiener med. Wochenschrift 1897, No. 10.

2) **J. C. Gilchrist,** A case of dermatitis due to the x-rays. Bullet. of the Johns Hopkins Hospit. Vol. VIII. No. 71.

1) Die wiederholt gemachte Beobachtung, dass unter dem Einflusse der Röntgen-Strahlen die Haare ausfielen, suchte Verf. bei einem 5jährigen Mädchen mit einem tierfellähnlichen, den ganzen Rücken und Nacken, die seitlichen Thoraxpartien und einen Teil der Oberarme einnehmenden, mit bis 2 cm langen Haaren besetzten Naevus therapeutisch zu verwerten, indem er diesen täglich 2 Stunden hindurch in der Weise beleuchtete, dass das intensivste Strahlenbündel auf den Nacken fiel. Vom 11. Tage ab liessen sich in der Interscapulargegend leicht Büschel von 5—10 Haaren ausziehen, die mikroskopisch Atrophie der Wurzel und meist auch Verdünnung des angrenzenden Schaftteiles zeigten. Dieser Haarausfall, welcher zu einer den untersten Teil des Hinterkopfes einnehmenden Alopecie führte, hielt 7 Tage in zunehmender Stärke an und verringerte sich dann wieder Eine von zwei kleinen Excoriationen am Nacken ausgehende Dermatitis heilte in wenigen Tagen und nach ihrem Ablaufe waren die noch übrig gebliebenen Haare am Nacken ganz verschwunden, so dass gegenwärtig Hinterkopf, Nacken und die obere Partie zwischen den Schulterblättern ganz kahl sind. Auch am untersten Teile des Naevus, der später beleuchtet wurde, sind die Haare zum grössten Teile ausgefallen. Besondere Versuchsreihen zeigten, dass diese Wirkung nicht etwa auf Anodenstrahlen oder auf die hochgespannten elektrischen Ströme, sondern nur auf die Röntgen-Strahlen zurückzuführen waren. Ob die Enthaarung eine dauernde sein wird, bleibt abzuwarten.

2) Bei einem Manne, der seine rechte Hand drei Wochen hindurch täglich 4 Stunden lang den X-Strahlen ausgesetzt hatte, entstand, vom Handrücken ausgehend, bald aber auf die Haut über dem Handgelenk und unteren Teile des Vorderarms, sowie der Finger sich ausbreitend, Rötung und Schwellung, die anfangs von keinen, weiterhin aber von sehr heftigen klopfenden und stechenden Schmerzen begleitet waren. Als Verf. den Pat. 4 Wochen nach Beginn der Affektion zuerst sah, fand er die Haut der erkrankten Partien dunkelbraun gefärbt, trocken, infiltrirt, mit abblätternder Epidermis und herabgesetzter Sensibilität. Bewegungen der Hand waren erschwert und schmerzhaft, die Knochen teilweise auf Druck sehr empfindlich und, besonders deutlich die beiden ersten Phalangen des Zeige- und Mittelfingers, verdickt. Diese, auch beim Vergleich von Röntgen-Bildern beider Hände zu konstatirende Verdickung bezieht Verf. auf eine

osteoplastische Periostitis, wahrscheinlich auch Osteitis, auf die er auch die heftigen Schmerzen hauptsächlich zurückführt. H. Müller.

C. Parrot, Ueber Geburten von Zwillingen in ungewöhnlich langen Zwischenräumen. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 3.

Zwischen der protrahirten Geburt eines ziemlich kräftigen Knaben in Schädellage, bei welchem Hydrammion bestanden hatte und der künstlichen Entwicklung eines zweiten kräftigen Knaben in Fusslage vergingen 36 Stunden. Die künstliche Entwicklung geschah auf Drängen der Angehörigen und wegen hochgradiger Erschöpfung der Parturiens I para. Beginnende Zersetzung der Nachgeburt fand sich erst nach der Geburt.

Verf. teilt die Ansicht der meisten deutschen Geburtshelfer — im Gegensatz zu Zweifel, Fritsch und englischen und französischen Autoren — abzuwarten, wenn keinerlei strenge Indikationen zur Beschleunigung vorliegen, da die Pause zur Erholung und Kräftigung der Parturiens von Vorteil ist. Erklären will Verf. die Länge der Pause durch die protrahirte Geburt des ersten Kindes und der daraus erstandenen Erschöpfung der Gebärenden, teils durch die ungewöhnliche Grösse des zweiten Kindes, ferner durch die grosse Ausdehnung des Uterus durch die Zwillinge und den Hydrammion des ersten und infolgedessen auch die Erschlaffung der Bauchpresse; schliesslich war der rigide wieder geschossene Muttermund auch ein Hindernis. A. Martin.

W. Beckmann, Schwangerschaft und Geburt bei Uterus duplex septus seu bilocularis und Vagina septa. Petersburger med. Wochenschr. 1896, No. 40.

Es wird eine vollkommene Steisslage bei kompleter Zweiteitung des Genitalschlauches beobachtet. Die Diagnose der Bilduugsanomalie wurde erleichtert durch die gedoppelten Verhältnisse der vaginalen Teile und zweifache Portioabschnitte. An der Grösseuzunahme der rechten geschwängerten Gebärmutter nahm auch die linke insofern teil, als sie höher stieg und am Ende der Schwangerschaft etwa drei Querfinger breit über dem Nabel stand. Deutliche Konsistenzdifferenz zwischen beiden Gebärmutterabschnitten auch in der Rückbildungsperiode. Unter der Geburt sprang das Cervicalseptum. Das Vaginalseptum liess sich manuell über den herabtretenden Steiss schieben und konnte erhalten werden. Die Nachgeburtsperiode verlief, da die Placenta im Fundus ansetzte, ohne manuelle Eingriffe. Letztere hätten bedingt sein können durch Blutung infolge Ansatzes der Nachgeburt am uterinen Septum. A. Martin.

E. Knauer, Ein Fall von Dermoidcyste des Ovariums. Wien. klin. Wochenschrift 1896, No. 25.

Verf. berichtet kurz über einen Fall von Dermoidcyste des Ovariums mit besonders eigentümlichem und seltenem Inhalt. Der Inhalt der exstirpirten Geschwulst bestand aus einer trüben, gelben Flüssigkeit und einer grossen Anzahl erbsen- bis nussgrosser runder Kugeln und einem

Knäuel von Haaren. Aus der Litteratur stellt Verf. 4 hierher gehörende Fälle von Dermoidinhalt in Kugelform zusammen; 3 von diesen und seinen Fall hat er in Bezug auf den Bestandteil der Kugeln mikroskopisch untersuchen können und gefunden, dass die Kugeln zum grössten Teil aus verhornten Epithelien nebst Detritus und Fettsäurenadeln bestehen.

In Bezug auf das Zustandekommen der Kugelform schliesst sich Verfasser der Ansicht von Rokitansky, Olshausen und Fränkel an, dass dies in dem Auftreten von Flüssigkeit und den reichlichen Bewegungen der Cyste begründet sei, meint aber, dass auch das starke Ueberwiegen der Epithelzellen gegenüber den Fettmassen von Bedeutung sei.

A. Martin.

J. M. van Cott, Malignant chronic Endometritis. Internat. med. Magaz. 1897, April. S. 163.

Vf. ist der Ueberzeugung, dass Endometr. chron. maligna nicht durch das Microscop allein erkannt werden kann. Eine wesentliche Ergänzung muss durch eine gute klinische Beobachtung erbracht werden. A. Martin.

C. Jacobj, Das Sphacelotoxin, der spezifisch wirksame Bestandteil des Mutterkornes. Archiv f. experim. Pathol. u. Pharm. XXXIX. S. 85.

Diese Arbeit scheint in die viel umstrittene Frage nach dem wirksamen Bestandteil des Mutterkornes Klarheit zu bringen. Der aus dem Secale cornutum gewonnene Körper, das Sphacelotoxin, zeigt die spezifischen Wirkungen des Mutterkornes auf die Gefässe und den Uterus und bildet den therapeutisch wirksamen Bestandteil der Secalepräparate. Es ruft keine Krämpfe hervor, da es kein Cornutin (Kobert) enthält, dem diese Wirkung zukommt. Schon geringe Dosen sind wirksam. Das Sphacelotoxin heftet sich sowohl an basische wie an neutrale und schwach-saure Körper an. Derartige Verbindungen sind das Chrysotoxin (Ergochrysin + Sphacelotoxin) und das Secalintoxin (Secalin + Sphacelotoxin). Das Chrysotoxin, welches mit dem von J. früher Sphacelotoxin genannten Körper identisch ist (die Benennungen sind jetzt geändert), besonders seine Natronverbindung wird für die praktische Anwendung empfohlen. Bei Gaben von 0,1—0,2 g ruft es eine reguläre Wehenthätigkeit des Uterus hervor ohne Krampferscheinungen und führt schon in der Mitte der Schwangerschaft zu einem sicheren, für das Muttertier unschädlichen Abort. Schon lebensfähige Früchte erleiden keinen Schaden. Dosen von 0,5—1,0 g gefährden selbst bei subkutaner und intravenöser Injektion bei Säugetieren das Leben nicht. Die hervorgerufenen Reizungs- und Lähmungserscheinungen, sowie die Reizungen des Magendarmkanals gehen in kurzer Zeit vorüber. Wegen der Art der Gewinnung, der chemischen Eigenschaften der genannten Präparate muss auf das Original verwiesen werden, das eine Reihe sehr interessanter Thatsachen über Darstellung und Wirkung enthält.

Wendelstadt (Bonn).

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse das Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

für die

medicinischen Wissenschaften.

Unter Mitwirknng von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 24. Juli. No. 30.

Inhalt: Laudenbach, Bildung der roten Blutkörperchen in der Milz. — Wittmaack, Siegfried, Nucleongehalt der Milch. — Jolles, Eisenbestimmung im Blut. — Schuchardt, Zottengeschwülste und Krebse der Harnblase. — Bovis, Chirurgische Behandlung des nicht-traumatischen Pneumothorax. — Czerny, Ueber Carbolgangrän. — Schmidt, Fall von Papilloretinitis bei Chlorose. — Milligan, Bemerkenswerter Fall von Hirneiterung bei Mittelohreiterung. — Réthi, Mechanismus der Stimmbänder bei der Falsettstimme. — Halban, Ueber die Resorption der Bakterien. — Dubois, Einfluss des faradischen Stromes auf Streptococcen. — Claude, Infektiöse Purpura bei Kindern. — v. Linstow, Ueber Taenia nana und murina. — Aufrecht, Neues Symptom der Trachealstenose. — Katz, Asthma bronchiale nur bei der Menstruation. — Grawitz, Fall von Poliomyelitis anterior subacuta. — Gutzmann, Heilungsversuche von Aphasie. — Hallervorden, Anämische Sprachstörungen. — Flatau, Neuronenlehre. — Bernheimer, Die Sehnervenkreuzung beim Menschen. — Sudek, Tuberkelbildung im Rückenmark. — Schütz, Neue Behandlungsweise des Lupus erythematosus. — Hansteen, Vereiterung der Leistendrüsen durch Gonococcen. — v. Düring, Zur Lehre von der hereditären Syphilis. — Schubiger, Ueber Sklerodactylie. — Pascal, Ueber Sturzgeburt. — Neumann, Malignes Deciduom. — Eichholz, Allgemeinbehandlung der Beckenexsudate. — Müller, Operationen des prolabirten Uterus. — Hink, Fall von puerperaler Uterusinversion. — Abel, Eine neue Indikation zur Sectio caesarea nach Porro.

J. Laudenbach, Recherches expérimentales sur la fonction hémopoiétique de la rate. Arch. de physiol. 1896. S. 200, 385 und 398.

Verf. rottete Hunden die Milz aus und prüfte zu verschiedenen Zeiten nach der Operation die Hämoglobinmenge nnd die Zahl der roten Blutscheiben im Blut. Im Ganzen berichtet Verf. über 14, durch viele Monate, event. bis znm Tode beobachtete Versnche nnd liefert zngleich die genauen Sektionsergebnisse.

Ausnahmslos trat längere Zeit nach der Exstirpation (ca. 7 Wochen danach) eine bedeutende Abnahme der Hämoglobinmenge nnd der Blutscheibenzahl ein, die sich mindestens auf 20, höchstens auf 75—80 pCt. der vor der Ausrottung festgestellten Werte bezifferte. Und zwar nimmt die Hb-Menge immer noch mehr als die der Blutscheiben ab, wenn sich bei den entmilzten Tieren die Anämie entwickelt. Diese erreicht 3 bis 4 Monate nach der Operation ihr Maximum. Daraus geht hervor, dass die

Milz an der Bildung des Hämoglobins und der Reifung der roten Blutzellen beteiligt ist.

Der verhältnismässig späte Beginn, ebenso wie das langsame Verschwinden der Blutveränderungen beweist, dass im Organismus Vorrichtungen vorhanden sind, welche die Funktion der ausgerotteten Milz übernehmen. Diese Kompensirung ist indess nicht immer eine vollständige, wie daraus hervorgeht, dass, wenn man solchen entmilzten Tieren noch Blut durch Aderlässe entzieht, dann die Regeneration des Blutes nur zögernd, d. h. erst in viel längeren Zeiträumen zu stande kommt, als beim gesunden Tiere. Diese Störung in der Kompensation kann so beträchtlich werden, dass sie unter den Erscheinungen einer Anaemia gravis zum Tode führt. Gerade aus diesen Gründen vermutete Verf. auch innere Blutungen, wofür indess die Sektion keine Unterlagen bot. Trotz der enormen Verluste an Blutzellen und Blutfarbstoff nahm die Mehrzahl der Tiere an Gewicht zu, frass viel und setzte Fett an.

Die Sektion der Organe ergab deutliche und konstante Veränderungen nur am Knochenmark, das, besonders an den Epiphysen, kirschrot gefunden wurde, zahlreiche kernhaltige rote Blutkörperchen einschliessend. In einem Falle fand sich an Stelle der Milz ein rotes, mit kernhaltigen roten Blutkörperchen erfülltes, knolliges Gebilde; auch die benachbarten Lymphknoten enthielten, gleichwie das Knochenmark, rote kernhaltige Blutkörperchen. I. Munk.

---

1) **K. Wittmaack,** Ueber den Nucleongehalt der Kuh-, Frauen- und Ziegenmilch. Zeitschr. f. phys. Chem. XXII. S. 567.

2) **M. Siegfried,** Zur Kenntnis des Phosphors in der Frauen- und Kuhmilch. Ebenda. S. 576.

1) Zur Bestimmung des Nucleon-(Phosphorfleischsäure-)Gehalts in der Kuhmilch wurde das Caseïn durch Essigsäure und Einleiten von Kohlensäure ausgefällt, mit Ammoniak oder Natronlauge neutralisirt, durch Chlorcalcium die Phosphate gefällt, das Filtrat in der Hitze mit Eisenchlorid und Ammoniak behandelt, der Niederschlag abfiltrirt, gewaschen, bei 105° getrocknet, gewogen, dann in demselben der Stickstoff bestimmt und das Nucleon durch Multiplikation mit 6,1237 berechnet. Die Brauchbarkeit der Methode ergab sich daraus, dass 1. der aus dem Filtrat von dem Eisenniederschlag durch weiteren Zusatz von Eisenchlorid + Ammoniak erhaltene Niederschlag stickstofffrei, das Nucleon also völlig ausgefällt war; 2. in dem Eisenniederschlage Phosphor und Stickstoffgehalt zu einander in demselben Verhältnis stehen, wie in dem Carniferrin. Es ergab sich der Nucleongehalt in der Kuhmilch in 6 Proben zu 0,048—0,064, im Mittel zu 0,057 pCt. In der Frauenmilch lässt sich eine quantitativ vollständige Ausscheidung des Caseïns auf demselben Wege wie bei der Kuhmilch bekanntlich nicht erreichen; es wurde daher, nachdem verschiedene Wege vergeblich versucht waren, das Caseïn nach PFEIFFER aus der zehnfach verdünnten, auf 50° erwärmten Milch durch Zusatz von Salzsäure ausgefällt. Da die Ausfällung mitunter keine ganz vollständige war, infolgedessen der Stickstoffgehalt des Eisenniederschlages zu hoch gefunden wurde, so wurde bei der Frauenmilch in diesen Fällen der Berechnung des

Nucleongehalts nicht der Stickstoff-, sondern der Phosphorgehalt des Eisenniederschlages zu Grunde gelegt. Im Mittel von 8 Bestimmungen ergab sich der Nucleongehalt zu 0,124 pCt., also mehr als doppelt so hoch, wie in der Kuhmilch — ein sehr bedeutsamer Befund. Der Frauenmilch schliesst sich die Ziegenmilch an, deren Nucleongehalt im Mittel zu 0,110 pCt. ermittelt wurde.

2) Verf. macht auf einige Konsequenzen aufmerksam, welche sich aus diesen unter seiner Leitung ausgeführten Untersuchungen bezüglich des Unterschiedes von Frauen- und Kuhmilch ergeben. In der Kuhmilch beträgt der Nucleonphosphor ca. 6 pCt. des gesammten Phosphorgehalts, in der Frauenmilch dagegen 41,5 pCt., in der Kuhmilch ist noch nicht die Hälfte des gesammten Phosphors organisch gebunden — als Caseïn und Nucleon —, in der Frauenmilch fast sämmtlicher Phosphor organisch gebunden. (Zum Teil sind diese Verhältnisse durch den schon bekannten hohen Gehalt der Kuhmilch an phosphorsauren Salzen gegenüber dem viel niedrigeren in der Frauenmilch bedingt. Ref.) Diese Verhältnisse sind offenbar von hoher Bedeutung für die Ernährung des Säuglings. Da die Ausbildung der Knochen bei den mit Frauenmilch ernährten Säuglingen besser erfolgt, wie bei den mit Kuhmilch ernährten, so folgt daraus mit Wahrscheinlichkeit, dass dem Nucleon eine wichtige Rolle bei der Resorption und Assimilation des Phosphors zukommt. Dasselbe gilt für den Kalk, welchen das Nucleon gleichfalls zu binden im stande ist. Da die Resorption des Kalkes aus der kalkärmeren Frauenmilch besser erfolgt, wie aus der kalkreichen Kuhmilch, so kommt das Nucleon offenbar auch für die Resorption des Kalkes in Betracht. E. Salkowski.

Ad. Jolles, Beiträge zur quantitativen Bestimmung des Eisens im Blute. Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 65. S. 574.

Die bisher übliche Veraschung, die zur Eisenbestimmung im Blute erforderlich ist, bot Schwierigkeiten dar, durch welche die Exaktheit der Resultate gefährdet werden konnte. J. schlägt deshalb das folgende Verfahren vor, dessen Genauigkeit er durch Beispiele belegt. Das im Tiegel getrocknete Blut wird tropfenweise mit Salpetersäure von 1,53 spezifischem Gewicht versetzt, durch Erhitzen die Säure verjagt, weiter ca. $^1/_2$ Stunde erhitzt. Nach dem Erkalten von neuem NHO_3 zugefügt, erhitzt und das Verfahren noch mehrere Male wiederholt, bis die Veraschung vollständig ist. Bei 0,1—0,5 ccm Blut soll die ganze Operation des Veraschens viel kürzere Zeit beanspruchen, nur 10—20 Minuten. — Um das durch Glühen entstandene Eisenoxyd zu lösen, erwies sich am besten das wasserfreie saure schwefelsäure Kalium. Man fügt für je 1 ccm Blut ca. 1 g davon zur Asche, schmelzt und löst die Schmelze mit heissem Wasser. Letztere wird dann nach Zusatz von verdünnter Schwefelsäure und Zink — dessen event. Eisengehalt man gesondert bestimmt — erwärmt und schliesslich in gewöhnlicher Art mit $^1/_{50}$—$^1/_{100}$ normal Kaliumpermanganat titrirt. — Zehn Bestimmungen an demselben Schweineblut ergaben auf 1000 Blut 0,662 bis 0,687 g Eisen; an acht verschiedenen Schweinen ergaben sich Differenzen zwischen 0,549 und 0,948 pM.

Die Werte lagen höher, als die an demselben Blute nach den bisherigen Methoden gewonnenen.

Sodann versuchte Verf. eine gewichtsanalytische Methode an kleinen Blutmengen auszuarbeiten. Er bedient sich des Nitroso-β-Naphthols, wovon 1,2 g in 50proc. Essigsäure gelöst werden. Das Blut wird verascht, mehrmals mit concentrirter Salzsäure aufgenommen und im Ueberschuss die Nitroso-β-Naphthol-Lösung hinzugefügt (für 3 g Blut 5 ccm, für 5 g 10 ccm derselben). Der gebildete Niederschlag bei Rotglut verascht, das entstandene Eisenoxyd wird gewogen. Die Eisenbestimmung in der Blutasche ist so in 45 Minuten ausführbar, die Resultate so genau wie bei der erstgenannten Methode. Endlich giebt Vf. eine einfachere colorimetrische Methode an, um Eisen in minimalen Blutmengen für klinische Zwecke (0,05 ccm Blut) bestimmen zu können. Sie gründet sich auf die Farbennüance, die Rhodanammon in Lösungen, die geringe Eisenmengen enthalten, hervorruft. Das veraschte, mittelst Capillarpipette gewonnene Blut wird mit saurem schwefelsaurem Kalium geschmolzen, die Schmelze mit Wasser aufgenommen und mit HCl und gemessenen Mengen einer Rhodanammonlösung versetzt, die Farbennüance verglichen mit der einer mit gleicher Menge Rhodanammonlösung versetzten Eisenlösung von bekanntem Gehalt an Eisen. Wegen der genaueren Einrichtung des benutzten Apparates sei auf das Orig. verwiesen. Die Resultate auch dieser Methode stimmen gut zu den vorhergenannten. Der Hämoglobingehalt bei 10 gesunden Individuen, berechnet aus der gefundenen Eisenmenge, fand sich oft höher als gemeinhin angegeben, nämlich bis zu 16,23 pCt. A. Loewy.

C. Schuchardt, Ueber gutartige und krebsige Zottengeschwülste der Harnblase, nebst Bemerkungen über die operative Behandlung vorgeschrittener Blasenkrebse. Arch. f. klin. Chir. LII. S. 53.

Verf. hält den Uebergang von gutartigen Blasengeschwülsten in bösartige für sehr selten und neigt der Meinung von Lubarsch zu, dass es sich um das erste, aber sehr prolongirte adenomatöse oder papillomatöse Durchgangsstadium eines Krebses gehandelt hat. Von seinen eigenen drei Beobachtungen betraf die erste eine einfache Zottengeschwulst bei einem 45jähr. Manne, die durch Volkmann mittelst Boutonière teilweise entfernt worden war; † 15 Jahre nach Beginn des Leidens. Im zweiten Falle handelte es sich um eine grosse, bereits in den paravesicalen Raum gewucherte Neubildung mit einfachen feinen Zotten an der Innenfläche und deutlich krebsigem Charakter in der Tiefe. Die 55jähr. Frau wurde durch Bauchschnitt ohne Recidiv geheilt, starb aber nach $^3/_4$ Jahren an krebsiger Entartung gleichzeitig bestehender Harnröhrenpapillome. In dem dritten Fall hatte die sehr umfangreiche Neubildung noch den grob-papillomatösen Charakter, zum Teil aber schon den des ausgemachten Krebses. Der grösste Teil der Blase musste entfernt und der eine Harnleiter in deren Rest eingenäht werden; der 32jähr. Pat. starb unter Verminderung der Harnsekretion nach 10 Tagen, ohne dass die Obduktion vorgeschrittene Nierenerkrankung oder Metastasen bot.

In den beiden letzteren Fällen wie noch in einem dritten hat Verf. erfolgreich das Bauchfell aus dem Operationsterrain dadurch ausgeschaltet,

dass er das Peritoneum der vorderen Bauchwand an das der hinteren Blasenwand genäht hat. Thatsächlich fand sich im letzteren der beiden in extenso mitgeteilten Fälle keine Spur von Peritonitis. Die sonstigen Bemerkungen vom Verf. über die Technik bei Exstirpation grosser Blasentumoren beziehen sich lediglich auf Erfahrungen deutscher Chirurgen.

P. Güterbock.

R. de Bovis, Des indications et des résultats du traitement chirurgical du pneumothorax non traumatique. Gaz. des hôp. 1896, No. 71.

Aus der vorwiegend referirenden Arbeit zieht Verfasser nachstehende Schlüsse: 1. Die Behandlung des Pneumothorax hängt wesentlich von Ursache und Form ab. 2. Die Operationsanzeigen werden von der Asphyxie und Komplikationen des Brustfells geliefert. 3. Erstere rechtfertigt im Allgemeinen die Thoracentese, welche (namentlich bei Tuberkulösen) nicht immer unschädlich ist. Es ist die „méthode d'urgence". Bei Emphysematösen führt sie oft Heilung herbei. 4. Die Pleurakomplikationen, die ein aktives Eingreifen verlangen, sind Eiterung oder Gangrän. In letzterem Falle muss der Einschnitt zeitig geschehen, bei den Tuberkulösen dagegen ist er zu verzögern, um allgemeine Erholung und Bildung von Verwachsungen zu gestatten; je nach der Existenz eines pyämischen Zustandes wird man sich mit der Operation beeilen. Die Ergebnisse sind dann im Allgemeinen gute. 5. Zurückbleibende Fisteln können verheilen unter der Bedingung, dass inzwischen die zur Lunge führende Fistel heilt. P. Güterbock.

Kocher, Zur Coxa vara. D. Zeitschr. f. Chir. XL. S. 411.

Aus den längeren, teilweise polemischen Auseinandersetzungen Verf.'s können hier nur die Schlussfolgerungen in ihrem wesentlichen Inhalte wiedergegeben werden:

Die Belastungsdeformität der Coxa vara kann durch die verschiedensten Erweichungsprozesse im Schenkelhalse, u. A. auch durch Osteomalacie, durch chronische Tuberkulose und nicht-tuberkulöse Ostitis zu stande kommen, wofern sie die betr. Patt. nicht an der Deambulation hindern. Das Wesen der Deformität besteht in einer Abknickung nach unten an der erweichten Stelle, bei Rachitis im Bereich der Epiphysenlinie mit vermehrtem Wachstum auf der Seite der Diaphyse, wo der neugebildete Knochen einem Zuge unterliegt. Die „Hauptknickung" HOFMEISTER's will dabei K. als statische Abwärtsbewegung des Schenkelhalses („Coxa adducta") bezeichnen. Nach längerer Dauer der schleichend entwickelten subjektiven Beschwerden (Schmerzen, Hinken) bleibt nur noch Verkürzung mit einseitiger Bewegungsstörung. Eine weitere Belastungsdeformität bildet sich nach K. durch passive Fixation des Gelenkes (speziell durch Spannung des Ligam. ileo-femorale) und mit der Wirkung einer Rückwärtsdrehung des Kopfes mit Abwärtsbiegung desselben und Annäherung an den hinteren Umfang des Trochanter. Die Voraussetzung für letztere Wirkung ist Weichheit der Epiphysenlinie; ob zu dieser Weichheit neben den physiologischen Zuständen des Wachstums noch pathologische (Rachitis, Osteomalacie, Ostitis, funktionelle Hyperämie) beitragen, ist noch nicht zu entscheiden. Durch die

Auswärtsrotation mit Streckung, kombinirt mit Adduktion und Verkürzung, zeichnet sich die Coxa vara vor anderen Belastungsdeformitäten aus — nach Analogie mit dem Pes varus. Sie kommt mit Vorliebe bei jungen, muskelschwachen, langgewachsenen männlichen Individuen, die zu schweren Arbeiten angehalten werden, in der Wachstumsperiode vor; das Bein nimmt unter Beschränkung der Einwärtsrotations- und Flexionsbewegung in der Regel eine Streckiage ein, und die Weichteile sind, abgesehen von Muskelatrophie, unverändert. Bei Nichtbehandlung des Leidens wird diese Störung so hochgradig, dass Pat. nicht ohne Unterstützung gehen kann, und ist dann die doppelseitige Hüftresektion angezeigt, die hier recht befriedigende Resultate giebt. In weniger fortgeschrittenen braucht die Behandlung wesentlich nur eine ätiologische zu sein. P. Güterbock.

Czerny, Ueber Carbolgangrän. Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 16.

Verf. schlägt vor, die wässerige Carbollösung ganz von der Anwendung zu Umschlägen auszuschliessen, da sie in jeder Concentration die Gefahr der Gangrän erzeugt; sie lässt sich durch andere antiseptische Mittel, essigsaure Thonerde, schwache Sublimatlösungen, Borwasser, Chlorwasser oder Salicylösung ersetzen. Borchardt (Berlin).

W. Schmidt, Ueber einen Fall von Papillo-Retinitis bei Chlorose. Arch. f. Augenheilk. XXXIV. S. 164.

Bei einem 14jähr. Mädchen, das an Chlorose litt, beobachtete Verf. eine beiderseitige Papillo-Retinitis. Die Sehschärfe war auf $^1/_5$ bezw. $^1/_3$ herabgesetzt. Nach Darreichung von Eisen heilte die Affektion im Laufe von 10 Wochen vollständig und das Sehvermögen kehrte zur Norm zurück. Verf. führt diese Papillo-Retinitis auf die Chlorose zurück und schliesst sich der Ansicht Dieballa's an, der der Deglobulisation die Hauptschuld an den Veränderungen giebt. Horstmann.

Milligan, Ein Fall von Temporo-sphenoidal-Abscess im Anschluss an linksseitige akute Mittelohreiterung; Operation; akute Hernia cerebri; Tod. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXX. S. 223.

Die Ueberschrift giebt im Wesentlichen den Inhalt der kurzen Mitteilung wieder. Bemerkenswert ist die Angabe des Verf.'s, dass bei der Obduktion trotz vorhandener diffuser Leptomeningitis die das Tegmen tympani bedeckende Durapartie ganz gesund zu sein schien, auch keine Erosion am Dache oder an den Wandungen des Mittelohrs konstatirt werden konnte, noch auch Eiterung in den Warzenfortsatzzellen vorhanden war. Er meint, die pathogenen Organismen müssten direkt vom Mittelohr in die inneren Teile des Lobus temporo-sphenoidalis verschleppt worden sein, sei es auf dem Wege der Lymphgefässe oder kleiner venöser Gefässwurzeln, aber ohne dabei den Knochen in Mitleidenschaft zu ziehen. Schwabach.

Réthi, Experimentelle Untersuchungen über den Schwingungstypus und den Mechanismus der Stimmbänder bei der Falsettstimme. Wien. klin. Rundschau 1897, No. 5/6.

Die Untersuchungen wurden an Membranen, an toten menschlichen Kehlköpfen und am Lebenden vorgenommen. Die Versuche am toten Kehlkopf ergaben, dass bei blossgelegter oberer Fläche der Stimmbänder, die mit feinem Bronzestaub bestreut waren, beim Brustton die in der Mitte der Stimmbandränder befindlichen Bronzepartikel in grösster Auf- und Abwärtsbewegung sich befanden; je weiter nach vorn oder nach aussen, desto geringer war die Exkursion; in der Nähe des Schildknorpels war sie gleich null. Beim Falsettton sieht man viel geringere Exkursionen; auch sie sind innen am Stimmbandrand am grössten, doch werden sie nach aussen rapid geringer und erreichen ihre Grenze rasch an einer dem freien Rand nahezu parallelen Linie. Von einer Knotenlinie war nichts zu sehen.

Beim lebenden Kehlkopf, wo die Versuche nach der stroboskopischen Methode gemacht wurden, hat Verf. im Gegensatz zu Oertel eine Knotenlinie beim Falsett auch nicht gesehen. Das Wesentlichste bei der Entstehung der Falsettstimme ist eine grössere Resistenz in der Gegend des Stimmbandmuskels, die eine gleichmässige Vibration des ganzen Stimmbandes unmöglich macht; eine Folge derselben ist dann die eigentümliche Schwingungsweise der Stimmbänder, die erstens dadurch charakterisirt wird, dass überhaupt nur eine wenige mm breite Strecke am freien Rande des Stimmbandes schwingt, und zweitens dadurch, dass jede Schwingung des freien Randes sich als allmählich abklingende Welle über die Oberfläche eine kurze Strecke weit fortsetzt. W. Lublinski.

Halban, Ueber die Resorption der Bakterien bei lokaler Infektion. Sitzgs.-Bericht d. K. Akad. d. Wissensch. zu Wien, mathem.-naturwissensch. Kl. Abteil. III. 1896. CV. S. 349.

In einer ausführlichen Arbeit hat H. die Fragen zu beantworten gesucht, in welcher Zeit die Bakterien von der Stelle der lokalen Infektion in die regionären Lymphdrüsen und ins Blut gelangen und welche histologischen Veränderungen in den Lymphdrüsen nach der Resorption der Bakterien entstehen. Die lokale Infektion hat H. auf drei Weisen zu stande gebracht. Er hat bei Kaninchen an der Beugeseite der Vorderpfoten Bakterien subkutan injicirt oder in eine Hauttasche mit einer Platinöse gebracht und subkutan verrieben, und endlich, damit er dem natürlichen Infektionsmodus möglichst nahe käme, die Bakterien an einer Nadel antrocknen lassen und diese Nadel durch die ganze vordere Extremität hindurchgestossen. Von Bakterienarten verwandte H. Bac. anthracis, Staphylococcus aureus, Streptococcus, Diplococcus pneumoniae, Bac. prodigiosus, Bac. subtilis, Sarcina aurantiaca. Nach verschiedenen Zeiten wurden die Versuchstiere selten durch Chloroform, meist durch Nackenschlag getötet, die Axillardrüsen wurden exstirpirt und teils mikroskopisch untersucht, teils bakteriologisch verarbeitet.

Gleichzeitig wurden Herzblut und Milz mittelst Plattenverfahrens auf ihren etwaigen Gehalt an Keimen untersucht.

H. fand, dass die Bakterien bei subkutaner Injektion schneller in den regionären Lymphdrüsen anzutreffen sind, als nach den beiden anderen Arten der Infektion. Allein nicht nur die Art der Infektion, sondern auch die Wahl des Bakteriums ist von Einfluss auf die Schnelligkeit der Resorption. Bei subkutaner Injektion ist Staphyloc. aur. nach 5 Minuten, Streptococcus nach $9^1/_2$ Minuten, Bac. subtilis nach 10 Minuten, Bacillus anthracis dagegen erst nach $1^3/_4$ Stunden in den regionären Lymphdrüsen nachweisbar. Aehnlich gestaltet sich der Verlauf bei Anwendung der Stichinfektion und der subkutanen Verreibung, nur dass das Auftreten im Allgemeinen viel später erfolgt. Nach dem ersten Auftreten der Bakterien in den Lymphdrüsen bleiben sie nicht stets in denselben, sondern sie verschwinden abwechselnd und treten wieder auf, um erst später, nachdem die Allgemeininfektion eingetreten ist, in grosser Anzahl dauernd aufzutreten. Das Verschwinden der Bakterien aus den Lymphdrüsen, nachdem sie einmal in denselben aufgetreten sind, könnte auf Fortschwemmen durch den Lymphstrom zurückzuführen sein; allein H. neigt zu einer anderen Möglichkeit, dass die Bakterien in den Lymphdrüsen durch Alexinwirkung abgetötet werden, und für diese Ansicht führt er als besondere Stütze an, dass er in den Schnittpräparaten vereinzelte Milzbrandbacillen nachweisen konnte, während die an derselben Drüse durchgeführte kulturelle Bestimmung ein negatives Resultat ergab. Auf die baktericide Kraft der Alexine führt H. auch das verschieden späte Auftreten der Bakterien in den Lymphdrüsen zurück, und zwar werden die Bakterien um so später nachweisbar, je stärker baktericid die Alexine gegen die betreffenden Bakterienarten wirken.

Im Blute konnte H. Bakterien nie früher nachweisen, als dieselben in den regionären Lymphdrüsen auftreten, er hält daher den Eintritt der Bakterien bei blutenden Wunden auf der Blutbahn in den Organismus unter Umgehung der Lymphbahn für das Anfangsstadium der Infektion für ausgeschlossen, und giebt das Einwandern von Bakterien direkt in die Blutbahn von der Infektionsstelle aus erst für spätere Stadien zu.

Aus dem Umstande, dass bei subkutaner Infektion Milzbrandbacillen in den regionären Lymphdrüsen erst nach $1^3/_4$ Stunden, bei Stichinfektion nach $2^1/_2$ Stunden, bei subkutaner Verreibung erst nach 4 Stunden nachweisbar sind, schloss H., dass die Infektionen eine geraume Zeit lokal bleiben. Es musste also ein Tier, welches mittelst Stich mit Milzbrand inficirt war, am Leben erhalten werden können, wenn die Extremität binnen zwei Stunden nach der Infektion amputirt wurde. Dies konnte H. in der That nachweisen. Dass SCHIMMELBUSCH bei Mäusen zu anderen Resultaten gekommen ist, führt er einmal darauf zurück, dass bei Mäusen die Menge des Infektionsmaterials ungleich grösser ist und er hält es auch nicht für ausgeschlossen, dass SCHIMMELBUSCH zu wenig weit centralwärts amputirt hat, so dass er innerhalb des lokalen Infektionsgebietes geblieben ist.

Die Veränderungen in den Lymphdrüsen treten bei den verschiedenen Bakterien zu verschiedenen Zeiten auf und bestehen in entzündlichen Erscheinungen. In den Anfangsstadien der Infektion fanden sich die Bacillen nur sehr selten. Sie liegen in den Sinus der Marksubstanz, der Milzbrand gewöhnlich in Ketten, der Staphylococcus in kleinen Gruppen. Ein be-

sonderes Verhalten der Leukocyten zu den Bakterien konnte nicht konstatirt werden, auch nicht in dem Sinne, als ob vielleicht die Zellen sich um die Bakterien in besonderem Maasse anhäuften. Die Wirkung der Bakterien auf die Lymphdrüsen ist proportional ihrer Pathogenität, abgesehen von den Saprophyten, welche durch Toxine Entzündung zu erregen im stande sind. H. Bischoff.

L. Dubois, De l'action des courants de haute fréquence sur la virulence du streptocoque. Compt. rend. 1897, No. 14.

Verf. hat Streptococcen, welche für Kaninchen sehr virulent waren, mittelst faradischer Ströme behandelt und fand, dass die Kulturen sich auf künstlichen Nährböden langsamer entwickelten und für die Versuchstiere weniger pathogen wurden. Diese Abnahme der Virulenz beruht nicht auf Bildung von Antitoxinen, sondern ist die Folge einer Abschwächung der Bakterien; denn die von den Mikroorganismen befreite Bouillon vermochte gegen eine Infektion mit Streptococcen, welche nicht mit elektrischen Strömen behandelt waren, einen Schutz nicht zu verleihen. H. Bischoff.

Senfft, Zur Wirkung des Lactophenins. Wien. med. Presse 1895, No. 50.

Gegenüber den Berichten über ungünstige Nebenwirkungen des Lactophenins (Icterus u. dergl.) glaubt S. auf Grund seiner zahlreichen Erfahrungen für das Mittel eintreten zu sollen. Er empfiehlt es:

1. als vorzügliches Antipyreticum, mindestens gleichstehend dem Phenacetin und Antipyrin, ohne, wie letzteres, den Magen zu belästigen;
2. als Antineuralgicum und Antirheumaticum;
3. als Sedativum (beruhigende Wirkung bei Typhus, Pneumonie, Erysipel etc.).

Besonders empfehlenswert ist seine Anwendung in der Kinderpraxis; Icterus und Collaps hat S. in keinem Fall beobachtet. Allerdings ist S. der Ansicht, dass nur zu oft das Mittel in zu grossen Einzeldosen und zu häufig am Tage gegeben wird; Kindern unter 1 Jahre giebt er nur bis zu 0,05 g. K. Kronthal.

H. M. Claude, Note sur deux cas de purpuras infectieux et toxique chez des enfants Rev. mens. des mal. de l'enf. 1896, No. 143.

An die Mitteilung von 2 Fällen knüpft Verf. folgende Bemerkungen: Die Purpura entsteht entweder dadurch, dass giftige Substanzen — die innerhalb oder ausserhalb des Organismus gebildet sein können — in das Blut gelangen, oder dadurch, dass Mikroorganismen einwandern. Diese zweifache Aetiologie erklärt es, dass von einzelnen Autoren Mikroorganismen gefunden, von anderen vermisst wurden. Die Mikroorganismen, welche Purpura erzeugen können, sind ausserordentlich mannigfach; sie führen die Purpura herbei entweder durch direkte Wirkung auf das Blut, oder auf dem Umwege der Einwirkung auf die nervösen Centralorgane. Wenn die Purpura zu Infektionskrankheiten hinzutritt, so sind im Blute und den erkrankten Hautstellen keineswegs immer die spezifischen Mikroorganismen der betreffenden Infektionskrankheit nachweisbar; oft ist vielmehr die Pur-

pura nur eine toxhämische, herbeigeführt durch die von den Infektionserregern gebildeten Gifte. Im Allgemeinen geben die rein toxischen Formen eine bessere Prognose, während die septicämischen mit Befunden von Mikroorganismen im Blute und den erkrankten Hautstellen eine schwerere Erkrankung bedeuten. Die Schwere der örtlichen Veränderungen der Haut ist abhängig von der verschiedenen In- und Extensität der Erkrankung der Hautgefässe; den leichten Gefässerkrankungen folgen die Petechien, den schweren, zum Verschluss des Gefässes führenden die Bildung von hämorrhagischen Knoten und Blasen mit oder ohne Tendenz zur Nekrose. Dem Wesen nach verwandt ist die Purpura mit dem Erythema exsudativum multiforme, wie denn auch Uebergänge zwischen beiden beobachtet werden.

Stadthagen.

---

v. Linstow, Ueber Taenia (Hymenolepis) nana (v. Siebold) und murina (Diej). Jenai'sche Zeitschr. f. Naturwissensch. XXX. (4.)

Die früher selten in Egypten, später um so häufiger in Sicilien aufgefundene, Taenia nana (Hymenolepis) soll, wie verschiedene Autoren bekunden, identisch sein mit der Taenia murina der Ratten. Verf. hat es nun unternommen, diese Frage durch das Studium der Anatomie dieser beiden Tänienarten zu lösen. Er kommt zu dem Schlusse, dass wegen der Unterschiede der Länge, des Verhältnisses der Dicke zur Breite, Verhältnisses der Breite des Halses zu der des Scolex, des Verhältnisses der Durchmesser der Sangnäpfe zu der des Scolex, der Zahl, Grösse und Form der Haken, der Dicke der Rindenschicht, der Grösse der Hoden, der Lage des Receptaculum seminis in den Eier enthaltenden Gliedern, der Bildung der Eier, der geographischen Verbreitung die Taenia nana (Hymenolepis) und die Taenia murina zwei ganz verschiedene Arten darstellen. Taenia nana wurde in Europa, Asien, Afrika und Amerika gefunden, Taenia murina nur in Europa. In Deutschland und in Sicilien berühren sich beider Gebiete.

C. Rosenthal.

Aufrecht, Ein Symptom der Trachealstenose. Centralbl. f. inn. Med. 1897, No. 1.

Zu den spärlichen und nicht sehr sicheren Symptomen der Trachealstenose gehört ein fauchendes, inspiratorisches Geräusch, welches am deutlichsten nach körperlichen Anstrengungen der Pat. hörbar ist. Ferner das von Gerhardt angegebene Zeichen (fehlende oder nur sehr geringe respiratorische Auf- und Abwärtsbewegung des Larynx, im Gegensatz zu den starken respiratorischen Bewegungen des Kehlkopfes bei der Larynxstenose).

Ein anderes, bisher noch nicht beschriebenes Symptom hat Verfasser in 3 Fällen von Trachealstenose beobachtet: beim Aufsetzen des Stethoscopes auf die Trachea dicht oberhalb des Jugulum sterni wurde konstatirt, dass das unter normalen Verhältnissen während der ganzen Dauer der In- und Exspilation hörbare, sehr laute Bronchialatmen durch ein kurzdauerndes leises, weiches Atmen ersetzt oder gar nicht zu hören war. Verf. erklärt dieses Phänomen folgendermassen: Das normale Bronchialatmen wird erzeugt durch die Strömungswirbel der Luft bei der Passage

aus der engen Glottis in die weite Trachea; die hierzu nötige Geschwindigkeit der Luftströmung fällt fort, wenn das Lumen der Trachea an einer Stelle verengt ist, so dass sie hier nur der Weite der Glottis entspricht oder noch darunter bleibt. Perl.

J. Katz, Ueber das Auftreten von Asthma bronchiale nur während der Menstruation. D. med. Wochenschr. 1896, No. 50.

Während es sich in den sonst beschriebenen Fällen von „Asthma uterinum" um Anomalieen der Atmung bei stark neurasthenischen Personen handelt, betrifft der Fall des Verf.'s eine 32jährige, sonst gesunde Markthändlerin, die ausschliesslich zur Zeit der Menses typische Anfälle von Bronchialasthma mit den charakteristischen Sputis (Spiralen, Leyden'sche Krystalle) hat; mit dem Aufhören der Menstruation sind alle Beschwerden wie mit einem Schlage verschwunden. Vf. glaubt, dass sowohl dies nervöse als das fluxionäre Element, das dem Asthma zu Grunde liegen soll, mit der Menstruation in Verbindung gebracht werden kann. Perl.

E. Grawitz, Ein Fall von Poliomyelitis anterior subacuta mit Zwerchfelllähmung bei einer Erwachsenen. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 12.

Der Fall betrifft eine 18jährige Stickerin, bei der unter schweren Allgemeinsymptomen (Kopfschmerz, Nackensteifigkeit, Fieber?) plötzlich im Verlaufe von 8 Tagen hintereinander verschiedene Muskelgruppen gelähmt wurden, bis alle 4 Extremitäten paretisch waren. Die Lähmung verbreitete sich sprungweise, und zwar war links besonders der Cucullaris und weniger die Schulter- und Oberarmmuskeln, rechts der Deltoideus, Serratus, Pectoralis major stark betroffen bei intaktem Cucullaris. Später war auch das Zwerchfell und die gesammte Muskulatur der unteren Extremitäten paretisch, ohne dass die Sphincteren, die Sensibilität gestört war. In den gelähmten Muskeln trat sehr schnell eine degenerative Atrophie ein und die Sehnenreflexe waren erloschen; Hirnnerven und Psyche blieben frei. Es dürfte sich um eine subakute Erkrankung des peripherischen Neurons, und zwar der Ganglienzellen der Vorderhörner handeln. — Aetiologisch kommen körperliche Ueberanstrengung, lange Lactation im jugendlichen Alter in Betracht. Auch ein halbes Jahr nach dem Beginn des Leidens war von Seiten der Gehirnnerven, der Psyche und der Sensibilität keine Abweichung eingetreten, die Nervenstämme waren im ganzen Verlauf nicht druckempfindlich. Einzelne der gelähmten Muskeln (der linke Cucullaris, die rechten Schultermuskeln, die Beckenmuskeln) hatten sich gebessert, doch konnte die Kranke weder gehen noch stehen. S. Kalischer.

H. Gutzmann, Heilungsversuche bei centromotorischer Aphasie. Arch. f. Psych. etc. 1896. XXVIII. (2.)

G. stellte seine Heilungsversuche bei centromotorischer und centrosensorischer Aphasie stets nur bei Fällen an, die längere Zeit unverändert das Bild der Aphasie boten. Die Methode besteht in der Einübung und

systematischeu Anlernung des Anssprechens der Elemente der Sprache und der einzelnen Laute. Die Kranken müssen dabei teils auf den Mund des Vorsprechenden achten und teils ihre eigenen Bewegungen mittelst des Spiegels kontrolliren und verbessern. Mit der grösseren motorischen Geschicklichkeit wächst meist auch das anfänglich noch schwache Gedächtnis für die vorgesprochenen Laute nnd Bewegungen. — Mit den geschilderten Artikulationsübungen werden Schreibübnngen mit der linken Hand verbunden; durch diese gleichzeitigen Schreibübungen wird das Gedächtnis für die Lautfolge durch das Ange unterstützt. Ferner werden Uebungen der Anschauung vorgenommen. Bei der centrosensorischen Aphasie wird das Auge hanptsächlich als Perceptionsweg für die Sprache benutzt und der Kranke muss die charakteristische äussere Stellung jedes einzelnen Konsonanten kennen, absehen und beurteilen lernen. Dabei wird die phonetische Bilderschrift (Zeichnungen und Bilder der Stellung des Ansatzrohres [Mund etc.] bei den verschiedenen Sprachlanten) in Anwendung gebracht. Zu diesen Uebungen gehört sehr grosse Gednld sowohl von Seiten des Kranken wie des Arztes; allein wo diese vorhanden ist, sind die Erfolge der Mühe wert. S. Kalischer.

E. Hallervorden, Ueber anämische Sprachstörung. Arch. f. Psych. etc. 1896. XXVIII. (2.)

H. berichtet kurz über 4 Fälle von Sprachstörung, die nach starken Blutverlusten auftrat, Stunden bis Tage lang dauerte, Zeichen motorischer und sensorischer Dysarthrie resp. Dysphasie aufwies nnd stets znr Heilnng kam. In einigen Fällen bestand zugleich heftiger Kopfschmerz ohne sonstige Zeichen der Migräne nnd die Sprachstörung war nach Ruhe geringer als nach Sprechversnchen und längeren Reden. Neben der Dysphasie und Dysarthrie bestand auch Paraphasie geringen Grades. S. Kalischer.

E. Flatau, Einige Betrachtnngen über die Nenronenlehre im Anschluss an frühzeitige, experimentell erzeugte Veränderungen der Zellen des Oculomotoriuskerns. Fortschr. d. Med. 1896, No. 6.

Der Verf. stellt nach den bisherigen Ergebnissen der Wissenschaft Betrachtungen über die Wichtigkeit der einzelnen Bestandteile der Neuron-Einheit an; er spricht sodann über die feinen Strukturveränderungen der Ganglienzellen nach einem Ausfall der Funktion, wie sie durch das feine Reagenz der Nissl'schen Methode nachweisbar sind; hierbei berichtet er von eigenen Versuchen an Katzengehirnen, bei welchen einseitige Oculomotoriusdurchschneidungen stattgefunden hatten. Der Verf. kommt zu dem Schlusse, dass man auf Grnnd der bisherigen anatomischen und klinischen Beobachtungen annehmen müsse, dass eine Störung in der Funktion ohne erhebliche — wenigstens sichtbare — Veränderungen in den Ganglienzellen einhergehen können, und zwar eher bei Aufhebung der vom Willen abgehenden, als der auf dem Wege des Reflexes den Zellen zugehenden Impulse. Am schädlichsten wirkt auf die Zelle des Neurons eine organische Erkrankung irgend eines Teils des Neurons selbst. M. Brasch.

J. Bernheimer, Die Sehnervenkreuzung beim Menschen. Wien. klin. Wochenschrift 1896, No. 34.

Der Verfasser tritt nochmals den neueren Auslassungen v. Kölliker's gegenüber für die partielle Kreuzung der Fasern des menschlichen Sehnerven ein. Er demonstrirt dies an einem dorsal gelegten Horizontalschnitt durch das Chiasma und weist nachdrücklichst darauf hin, dass ventral gelegte Schnitte zu der irrtümlichen Auffassung v. Kölliker's und Michel's Anlass geben müssen, da die ungekreuzten Sehnervenfasern nicht in einer Ebene verlaufen, sondern zur Seite und nach oben eine Biegung machen.

M. Brasch.

P. Sudek, Ein Fall von Tuberkelbildung im Rückenmark. Jahrbuch der Hamb. Staatskrankenanst. Jahrg. IV. 1893/94.

Der 34jähr. Patient, welcher mit Erscheinungen einer fortgeschrittenen Phthise zur Aufnahme kam, erkrankte im Spital an den Zeichen einer Neuritis lumbo-sacralis, der bald eine Paraplegie der Beine mit Steigerung der Reflexe und subjektiven und objektiven Sensibilitätsanomalieen folgte. Unter Blasenlähmung und Decubitus ging der Pat. zu Grunde. Die Sektion ergab einen Tuberkel im oberen Lendenmark mit aufsteigender Degeneration der Hinterstränge in der klassischen Form. M. Brasch.

J. Schütz, Mitteilung über eine neue Behandlungsweise des Lupus erythematosus. (Vortrag auf der 68. Naturf.-Versamml. zu Frankfurt a. M.) Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXVIII. S. 73.

Verf. lässt eine Mischung von 4,0 Sol. Fowleri und 20,0—30,0 Aqu. dest., welcher der besseren Haltbarkeit wegen noch 2 Tropfen Chloroform zugesetzt werden, morgens und abends auf den Lupus aufpinseln. Sobald sich am 4.—6. Tage leichte Schwellung, Rötung und Empfindlichkeit einstellen, werden nur Puder oder Pasten angewendet und die Pinselungen so lange unterbrochen, bis nach etwa 4—8 Tagen die Reaktion vorüber ist. Unter der fortgesetzten abwechselnden Behandlung mit Pinselung und Puderung pflegt dann der Lupus ohne Hinterlassung von Narben in 10 bis 11 Wochen zu heilen. Verf. hat bei 9 Patt. auf diese Weise einen vollen Erfolg erzielt. — Nach der Theorie von Binz wirkt das Arsen, wo es mit vitalem Protoplasma zusammentrifft, durch stete Reduktion und Oxydation, und zwar um so energischer, je höher die Vitalität der Zellen ist. Hieraus erklärt Verfasser sowohl die bedeutende Reaktion auf so stark verdünnte Lösungen, als auch die elektive Wirkung, die Gesundes verschont, Narben verhütet, endlich das proportionale Verhalten von Reaktions- und Krankheitsintensität. Dass gerade beim Lupus erythematosus der Einfluss ein so günstiger ist, beruht darauf, dass es sich hier um ganz oberflächliche entzündliche, herdförmige Zelleninfiltrate handelte, die an den jüngsten, sich ausbreitenden Stellen der Oberfläche am nächsten liegen, also am leichtesten zugänglich sind. H. Müller.

Digitized by Google

H. Hansteen, Vereiterung der Leistendrüsen durch den Gonococcus. Arch. f. Dermat. u. Syp. XXXVIII. S. 397.

Bei einem jungen Manne hatte sich im Anschluss an eine frische Gonorrhoe ein suppurirender Leistenbubo gebildet, in dessen durch Incision gewonnenem Eiter Verf. Gonococcen mikroskopisch, sowie durch Züchtung auf Menschenserumpeptonagar und Verimpfung der Kultur auf die Urethralschleimhaut einer anderen Person nachweisen konnte. Sonstige Bakterien waren im Eiter nicht vorhanden.

Weniger beweisend waren zwei andere Fälle, in denen es sich um Bubonen handelte, die sich schon vor längerer Zeit spontan geöffnet hatten. Zwar wurden mikroskopisch typische Gonococcen im Eiter gefunden, doch gelang es nicht, Reinkulturen von ihnen anzulegen. H. Müller.

E. v. Düring, Weitere Beiträge zur Lehre von der hereditären Syphilis. D. med. Woebenschr. 1897, No. 18.

Verf. teilt eine Anzahl von Fällen mit, die prägnante Ausnahmen von dem Profeta'schen Gesetze bilden, nach dem gesund geborene Kinder syphilitischer Eltern gegen eine syphilitische Infektion immun sind, und zwar handelte es sich teils um recente acquirirte Lues bei kleinen Kindern syphilitischer Eltern, teils um Individuen, die neben der frischen noch deutliche Spuren ihrer hereditären Syphilis an sich trugen.

Eine zweite Reihe von Beobachtungen soll darthun, dass auch eine Vererbung der Syphilis auf die dritte Generation vorkommt. Verf. giebt aber selbst zu, dass es hier schwer ist, das Vorhandensein aequirirter Syphilis in der zweiten Generation mit absoluter Sicherheit auszuschliessen. Die Möglichkeit, dass von syphilitischen Erzeugern stammende Kinder frische Syphilis erwerben können, beweisen ja eben die zuerst erwähnten Fälle. H. Müller.

F. Schubiger, Ueber Sklerodaetylie. (Aus der med. Klinik in Zürich.) Monatsh. f. prakt. Dermat. XXIV. No. 8.

Sch. berichtet über 3 Fälle von Sklerodaetylie, die Frauen im mittleren Lebensalter betrafen und keine wesentlichen Abweichungen von dem gewöhnlichen Symptomenbilde darboten. In dem einen von ihnen waren die Hände allein erkrankt, im zweiten fanden sich sklerotische Veränderungen auch im Gesicht und im dritten ausserdem noch an der Kopfhaut, an den Armen und Unterschenkeln. H. Müller.

E. Pascal, La rupture du cordon ombilical, et les fractures du crâne chez le nouveau-né au point de vue judiciaire. Gaz. hebd. 1896, No. 73.

P. bespricht die Sturzgeburt vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus. An der Hand der Litteratur erörtert er die Möglichkeit derselben, bespricht die Nabelschnurrisse, die Schädelfrakturen und kommt zu dem Schlusse, dass, wenn der Gerichtsarzt das Corpus delicti vor Augen hat, die Autopsie, vorausgesetzt, dass die Fäulnis nicht zu weit vorgeschritten ist, zur Klarlegung der Sachlage genügt. Ist aber der Leichnam nicht mehr auf-

Digitized by Google

zufinden, so kann oft die Untersuchung der Mutter und ein sehr genanes Kreuzverhör über die Vorgänge bei der Geburt noch zum Ziele führen. Manchmal wird man aber über Vermutungen nicht hinaus kommen.

A. Martin.

J. Neumann, Ueber „malignes Deciduom". Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 27.

Verf. berichtet seine auf der Schauta'schen Klinik gemachten Erfahrungen über das „maligne Decidum". Das Krankheitsbild ist das einer ausserordentlich malignen Neubildung des Uterus, welche auf dem Wege der Bluthahn zu Metastasen und schweren Anämieen, Kachexieen und schliesslich zum Exitus führt. Stets tritt das Deciduom auf im Anschluss an eine Graviditāt, besonders Abortus, Blasenmole. Das hauptsächlichste klinische Symptom neben dem Wachstum der Geschwulst und der Metastasenbildung sind die entweder sogleich post partum oder erst mehrere Wochen später sich einstellenden profusen Blutungen mit ihren Folgeerscheinungen. Die Frühdiagnose ist nur durch mikroskopische Untersuchung ausgekratzter Massen zu stellen. Verf. stellt die noch strittige histogenetische Deutung der Geschwulst von verschiedenen Autoren zusammen und bekennt sich selbst zu der Ansicht von Marchand, der dem Deciduom eine Sonderstellung zwischen Carcinoma und Sarcoma einräumt und sowohl das Syncytium als die Elemente der Langhans'schen Zellschicht sich am Aufbau desselben beteiligen lässt. A. Martin.

Eichholz (Bad Kreuznach), Zur Allgemeinbehandlung der Beckenexsudate. Wien. med. Presse 1896, 19. Juli.

Verf. empfiehlt neben der bisher üblichen Behandlung der Beckenexsudate durch Massage, Tampons, Irrigationen etc. die Trockendiät, verbunden mit einer Vermehrung der Flüssigkeitsabgabe durch Anregung der Hautthätigkeit.

Das Maass der Flüssigkeitsentziehung wird allmählich gesteigert bis zu der Grenze, welche noch genügt, die Harnsäure und ihre Salze in Lösung zu erhalten. Die Anregung der Hautthätigkeit soll durch Schwitzkur, verbunden mit Massage, sobald aber die Verhältnisse es erlauben, durch Bergsteigen bewirkt werden, um so neben der vermehrten Wasserabgabe gleichzeitig eine stärkere Sättigung des Blutes mit Sauerstoff, eine Anregung der Venen und Lymphgefässe zur Aspiration und eine Kräftigung des Herzmuskels auf gymnastischem Wege zu bewirken. A. Martin.

P. Müller, Ueber Operationen des prolabirten Uterus. Wien. med. Presse 1896, No. 39.

Vf. empfiehlt bei prolabirtem Uterus, wo auf jeden Geschlechtsgenuss verzichtet wird, die Totalexstirpation der Vagina mit Versenkung des Uterus und völligen Abschluss der Vagina. Bei noch Menstruirenden, welche aber auf Cohabitation Verzicht leisten, wird der Uterus nicht versenkt, sondern in die Vaginalwunde eingenäht; und drittens bei solchen Pat., bei welchen

die Menses erloschen, die Cohabitation aber nicht ausgeschlossen, macht Verfasser die Colporrhaphia anterior und teilweise Exstirpation des Vaginalrohres. A. Martin.

A. Hink, Ein Fall von puerperaler Inversion des Uterus. Wiener klin. Rundschau 1896, No. 28.

Vf. glaubt in dem von ihm beschriebenen Falle an eine spontane Inversion eines durch mehrere ohne Intervalle aufeinanderfolgende Geburten entkräfteten Uterus und sieht die prädisponirende Ursache in dem Zug der mit gut 1 kg Blut belasteten Nachgeburt und ihrer Insertion teils am Fundus, teils an der vorderen Uteruswand. A. Martin.

Abel, Eine neue Indikation zur Sectio caesarea nach Porro. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 13.

Es handelte sich um eine 35jährige IIpara, welche sich am Ende der Gravidität befand. Fruchtwasser war 36 Stunden vorher abgeflossen. Die Vagina wurde schlauchförmig ausgezogen. Erst beim Eingehen des ganzen Unterarms war der äussere Muttermund fühlbar. Derselbe war hart, narbig und für einen Finger durchgängig. Hinter ihm der Kindskopf. Der Fundus uteri war durch vorhergegangene Ventrofixation fest mit der vorderen Bauchwand breitbasig verwachsen und befand sich etwa zwei Finger breit unterhalb des Nabels, so dass die Längsachse des Uterus eine Richtung von vorn unten nach hinten oben hatte. Es musste die Sectio caesarea ausgeführt werden. A. wählte die Methode nach Porro, weil er fürchtete, der Fundus uteri könnte bei nach der alten Methode ausgeführtem Kaiserschnitt wieder mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Die Operation verlief günstig für die Mutter. Das tief asphyctische Kind konnte nicht ins Leben zurückgebracht werden.

Die Narkose wurde mit Aether begonnen, wegen schwerer Asphyxie jedoch, welche der Patientin schon nach den ersten Zügen fast das Leben gekostet hätte, war später Chloroform in Anwendung gekommen. Verf. warnt vor der Aethernarkose bei Schwangeren und Kreissenden.

Die Patientin hatte vorher verschiedene Operationen überstanden. Wegen Kreuzschmerzen und Ausfluss war ihr von einem Gynäkologen die Portio abgeschnitten worden. Nur vorübergehende Besserung. Darauf wurde ihr von einem anderen Gynäkologen die Ventrofixation gemacht, welche zwar kurze Zeit Linderung brachte, ihr jedoch durch die feste Verwachsung des Fundus mit der vorderen Bauchwand bei der späteren Geburt so verhängnisvoll wurde, dass die Sectio caesarea ausgeführt werden musste.

A. warnt vor der Polypragmasie. Die Vaginofixation bei beweglichem Uterus verwirft er vollkommen und die Ventrofixation möchte er nur bei fixirten Retroflexionen angewendet wissen, wenn die dringendste Notwendigkeit vorliegt. W. Schülein.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **31. Juli.** **No. 31.**

Inhalt: Huppert, Bestimmung der Xanthinbasen im Harn. — Cohnstein u. Michaelis, Veränderung der Cbylusfette im Blut. — Tiéri u. Patiek, Oxydirendes Ferment bei den Mollusken. — Dastre u. Floresco, Coagulationsferment des Blutes. — Hofbauer, Tägliche Scbwankungen der Eigenscbaften des Speichels. — Paulecco, Gerinnbarkeit des Lebervenenblutes. — Tenderich, Tuberkulose der Hernien. — Hoffa, Behandlung des Plattfusses. — Tilmann, Behandlung der Meningocele. — Mermet, Abscesse in der Brustdrüse. — Lange, Operative Bebandlung des Buckels nacb Calot. — Horwitz, Operation der Sectio alta. — Hoffa, Behandlung der Skoliose. — Dolganoff, Veränderungen des Auges nach Ligatur der Gallenblase. — Fridenberg, Zur Pathologie des bämorrbagischen Glaukoms. — Milligan, 2 Fälle von Sarkom des Mittelohrs. — Barling, 3 Fälle von Otitis media mit Hirnabscess. — Gönner, Ueber Heufieber. — Kirstein, Zur laryngoskopischen Tecbnik. — Hollick, Tonsillitis mit tuberkulöser Meningitis. — Stewart, Angeborene Missbildung der Nase. — Buchner, Chemismus der Zelle. — Cotton, Ausscheidung der Bakterien durch den Tierkörper. — Knorre, Verbreitung der Tuberkulose unter den Marinemannscbaften. — Levy u. Bruns, Zur Lehre von der Agglutination. — German, Uebertragung des Typhus durch die Luft. — Krupezky, Wirkung des Hämogallols und Ferratins. — Kebler, Giftiger Honig. — Reiss, Wirkung des Bonzacetins als Antineuralgicum. — Jacoby, Nepbritis der Neugeborenen. — Baginsky u. Sommerfeld, Zur Cbemie der kindlichen Galle. — Aufrecht, Akute Leberatrophie bei Sclerema neonatorum. — Löhr, Zwei Fälle von Darminvagination. — Salomon, Berieselung der Magenwände. — Stoerk, Die Oesopbagoskopie. — Gerhardt, Ueber Pulsus paradoxus einer Seite. — Bouchard, Röntgen-Strahlen bei Thoraxaffektionen. — Herbert, Pathogenie der traumatiscben Pleuritis. — Hofmann und Bunzel, Elektrischer Geschmack. — Campos, Einfluss des N. petrosus auf die Tbränensekretion. — Nonne, Poliomyelitis anterior cbronica. — Strümpell, Amnesie nach traumatischer Epilepsie. — Schultzen, Chorea minor mit Beteiligung des Kebikopfs. — Marinesco, Ueber Angiomyopathie. — Busch, Ausgebreitete Sarkomatose des Centralnervensystems. — Naecke, Die Menstruation bei Psychosen. — Bernheimer, Lokalisation im Kerngebiet des Oculomotorius. — Hoche, Sekundäre Degeneration im Rückenmark. — Gattel, Motorische Babnen im Pons. — Personali, Idiopathischer Zungenkrampf. — Fürstner, Eröffnung des Wirbelkanals bei Spondylitis. — Goldscheider, Anatomiscber Prozess der multiplen Sklerose. — Blumenthal, Zur Kenntnis des Tetanus. — Haslund, Sypbilis maligna. — Kozerski, Hautactinomykose. — Joseph, Dreysel, Zur Kenntnis des Lichen ruber. — Herxheimer, Impetigo contagiosa vegetans. — Srebrny, Bebandlung der Sycosis. — Pincus, Constipatio myogenita. — Pirring, Laparotomie in der ersten Lebensstunde. — Leask, Antistreptococcen-Serum bei Puerperalfieber. — Kelly, Schliessung von Vesico-Vaginalfisteln. — Mehler, Infiltrationsanästhesie. — Grusdew, Antefixatio uteri. — Hochstetter, Geburtsbülflicher Bericht. — Ruge, Behandlung des Pruritus vulvae.

Huppert, Ueber die Bestimmung der Xanthinbasen im Harn nach Krüger-Wulff. Zeitschr. f. phys. Chem. XXII. S. 556.

Vf. bestimmte in 15 Harnproben einerseits den Stickstoff des Krüger-Wulff'schen Niederschlages, andererseits den Stickstoff des durch ammoniakalische Silberlösung bewirkten Niederschlages, und zwar den letzteren nach einem Verfahren, welches etwaige Fehler infolge des Ammoniakgehalts dieses Niederschlages ausschliesst. In allen Fällen wurde aus dem ersteren Niederschlag mehr N erhalten, und zwar aus 100 ccm Harn 1—16,13 mg mehr. Das Plus, welches die Krüger-Wolff'sche Methode giebt, ist nach H. ein fehlerhaftes, da das Kupferoxydul auch Rhodanverbindungen ausfällt, welche im Harn konstant vorhanden sind, und ebenso quantitativ Albumin und die sekundären Albumosen, Spuren von Eiweiss aber in jedem Harn vorhanden sind. E. Salkowski.

W. Cohnstein und **H. Michaelis,** Ueber die Veränderung der Chylusfette im Blute. Pflüger's Arch. f. die ges. Physiol. LXV. S. 473.

Die Verff. fanden die Angabe Röhrig's, dass trotz Anwesenheit reichlicher Fettmengen im Blute, wie solche nach fettreicher Mahlzeit auftreten, die Lymphe nicht fettreicher als normal gefunden wird, bestätigt und untersuchten, was aus ins Gefässsystem gespritzten Chylusfetten wird. Diese verschwinden, ohne dass sie in Lymphe oder Harn übertreten. Da eine Veränderung derselben im Blute selbst eine naheliegende Annahme ist, mengten sie Blut mit Chylus, bestimmten den Fettgehalt des Gemenges, leiteten für 16—24 Stunden Luft hindurch und bestimmten den Fettgehalt auf's Neue. Stets war eine mehr oder weniger erhebliche Menge Fett (bis über 50 pCt.) verschwunden. Wurde keine Luft durch das Gemenge geleitet, so trat auch keine Veränderung ein; ebenso fehlte diese in Versuchen mit Blutserum, war dagegen in durch Wasserzusatz lackfarben gemachtem Blute vorhanden.

Diese „Lipolyse" konnte bisher nur an Chylusfetten konstatirt werden, nicht z. B. bei Milch oder Leberthran. — Der verschwundene Fettanteil wurde nicht zu einem gasförmigen Produkte (etwa Kohlensäure) verbrannt, sondern in ein festes Produkt verwandelt, denn eine Bestimmung der aus dem Blutchylusgemisch abgesaugten Luft zeigte viel weniger CO_2, als der verschwundenen Fettmenge entsprach; ferner war der Trockengehalt vor und nach der Luftdurchleitung fast konstant geblieben. — Es konnte sich um eine eingetretene Verseifung handeln, aber selbst leicht verseifbare Ester, wie Phenolsalicylsäure- und Phenolbenzoësäure-Ester, wurden nicht verseift.

Die Verff. haben die Fettbestimmung so ausgeführt, dass sie die bis zur Gewichtskonstanz getrocknete und gepulverte Substanz mit Aether direkt extrahirten. Sie weisen darauf hin, dass man ganz andere, und zwar erheblich höhere Werte für den Fettgehalt erhält, wenn man zuvor mit Alkohol behandelt. A. Loewy.

Tiéri et Patier, Présence d'une oxydase dans certains tissus des mollusques acéphales. Arch. de physiol. 1897, No. 60.

Die Verff. haben, angeregt von den Funden eines oxydirenden Fermenten bei Pflanzen und in den Geweben höherer Tiere, eine Reihe von acephalen Mollusken (Artemis exoleta, Mya arenaria u. a.) auf das Vorhandensein eines solchen untersucht. Als Reagens auf das Eintreten oxydativer Vorgänge dienten ihnen Guajactinktur, Guajakollösung, Hydrochinon, Pyrogallol und das Röhmann-Spitzer'sche Reagens, bei denen allen durch das Auftreten von Farbenreaktionen der Nachweis leicht ist.

Sie fanden, dass in den Fangarmen, Tastern und im Blute dieser Acephalen ein lösliches, oxydirendes Ferment enthalten ist, nicht in den übrigen Organen. Es lässt sich durch Wasser ausziehen und wird durch Alkohol aus diesem Auszuge gefällt. Erwärmen der Tiere oder der Auszüge auf 60° vermehrt die Wirksamkeit des Ferments, Erhitzen auf 100° hebt sie auf. Am stärksten ist sie bei Gegenwart einer Säure (z. B. 2 bis 3 pM. Essigsäure), geringer bei neutraler Reaktion, ganz oder fast ganz aufgehoben in alkalischer.

Das Sperma der Acephalen wirkt im Gegensatz zu dem der höheren Tiere reducirend. A. Loewy.

A. Dastre et N. Floresco, Contribution à l'étude du ferment coagulateur du sang. Arch. de physiol. 1897. p. 217.

Die Untersuchungen der Verff. beziehen sich im Wesentlichen auf das Peptonblut, warum dies nicht gerinnt, unter welchen Umständen man es zur Gerinnung bringen kann und worauf die Gerinnungsunfähigkeit beruht. Die Verff. bedienten sich für ihre Versuche nicht des Peptonblutes, sondes durch Centrifugiren gewonnenen Plasmas. Sie fanden, dass das Peptonplasma abnorm stark alkalisch ist und dass es gerinnt, sobald man es neutralisirt. Dasselbe soll auch mit dem für gewöhnlich ungerinnbaren Oxalatplasma der Fall sein. Mischt man Pepton- oder Oxalatplasma mit Ascitesflüssigkeit (oder sonstigem Transsudat), so gerinnt die Mischung, sobald sie neutralisirt ist. Injicirt man einem Tiere, das Pepton intravenös erhalten hat, eine Säure ins Gefässsystem, so wird sein Blut gerinnbar. — Das Peptonblut gerinnt nicht, trotzdem es freies Fibrinferment enthält, das nicht nur alles in ihm enthaltene Fibrinogen in Fibrin zu verwandeln vermag, sondern auch noch neutralisirtes Transsudat, mit diesem gemischt, zur Gerinnung bringt.

Die Verff. nehmen — gestützt auf die erhöhte Alkalescenz — an, dass die Gerinnungsunfähigkeit des Peptonblutes bedingt sei durch eine Aenderung in der Mischung der Blutsalze. A. Loewy.

L. Hofbauer, Tägliche Schwankungen der Eigenschaften des Speichels. Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. LXV. S. 503.

Prüfung der diastatischen Kraft des zu verschiedenen Tageszeiten secernirten Speichels. Als Maass der diastatischen Kraft galt die Menge des aus bestimmter Quantität Reisstärkekleister gebildeten Zuckers, der polarimetrisch gemessen wurde. Es fand sich, dass konstante Schwan-

kungen der diastatischen Wirksamkeit bestehen, die sich zum Teil spontan geltend machen, zum Teil durch die Nahrungsaufnahme bedingt sind.

Was die ersteren betrifft, so ist die Wirksamkeit des Morgens am höchsten, sank dann, um gegen Mittag wieder anzusteigen und bis zum Abend wieder abzufallen.

Der Einfluss der Nahrung charakterisirt sich durch eine Abnahme der diastatischen Fähigkeit nach jeder derselben, und zwar durch eine um so grössere, je konsistenter und reichlicher die Mahlzeit ist. Die chemische Beschaffenheit scheint dabei keinen Einfluss zu haben.

Verf. macht dann aufmerksam auf die Differenzen, die der Speichel vor und nach einer Mahlzeit im Aussehen und im Gehalt an festen, geformten Bestandteilen bietet: vorher ist er mehr oder minder trübe, enthält Flocken, die aus Epithelien bestehen und allmählich einen Bodensatz bilden, nachher ist er klar und bildet nie einen Satz. Auch die Menge des Mucins wird durch die Nahrungsaufnahme geändert: vor einer solchen ist sie gering, nachher beträchtlich erhöht, um so mehr, je reichlicher die Nahrung war. Der Mucingehalt des Speichels verhält sich also umgekehrt wie seine diastatische Kraft. A. Loewy.

N. Paulecco, Recherches sur la coagulabilité du sang hépatique. Arch. de physiol. 1897. p. 21.

Bei den Zweifeln, die noch über die Gerinnbarkeit oder Ungerinnbarkeit des Lebervenenblutes bestehen, hat Verf. neue Beobachtungen darüber angestellt. Er verglich Lebervenenblut mit solchem der Vena portae und Venenblut des grossen Kreislaufs in Bezug auf die Zeit der eintretenden Gerinnung und bestimmte in jeder Blutart die Menge der Globuline und des Serumalbumins. Die Versuche wurden an Hunden im Hungerzustande und während der Fleischverdauung angestellt. Das Lebervenenblut wurde mittelst Katheters gewonnen, der von der Jugularis durch den rechten Vorhof bis zur Lebervene vorgeschoben wurde.

Verf. fand, dass bei hungernden Hunden das Lebervenenblut fast ebenso schnell gerinnt, als das der Pfortader und des grossen Kreislaufs. Während der Verdauung ist die Gerinnung des Lebervenen- und noch mehr die des Pfortaderblutes verzögert; so gerann z. B. Blut aus der Jugularis in 5 Minuten, aus der Lebervene in 15, aus der Pfortader in 50 Minuten.

Globulin und Serumalbumin zeigten in den einzelnen Blutarten keine deutlichen quantitativen Unterschiede. A. Loewy.

H. Tenderich, Ueber die Tuberkulose der Hernien. (Aus der chirurg. Klinik der Universität Greifswald [Prof. HELFERICH].) Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLIX. S. 220.

Einschliesslich 3 noch nicht veröffentlichter eigener Fälle hat Verf. eine Casnistik von 22 Fällen von Tuberkulose der Hernien gesammelt, und ist BRUNS, der zuerst auf das Krankheitsbild der Tuberculosis herniosa aufmerksam gemacht, beizustimmen, dass die Tuberkulose der Hernien als primäre Erkrankung auftreten kann, „dass sie aber in der Regel Teil-

erscheinung einer allgemeinen Bauchfelltuberkulose ist". Dementsprechend hat die Therapie in Entfernung des kranken Teiles zu bestehen und womöglich die Heilung der gleichzeitigen Bauchfelltuberkulose zu erstreben. Helferich hat daher einmal 50 ccm einer 10 pCt. starken Jodoformglycerin-Emulsion in die Bauchhöhle erfolgreich injicirt. Im Uebrigen starben von 14 operirten Fällen 3, darunter nur 1 zwei Tage nach dem Eingriff, die beiden andern nach viel längerer Zeit, nach 1 resp. 2 Jahren. Von den weiteren 11 Fällen ist bei 4 lediglich die Heilung der Operationswunde bekannt, von den übrigen, dass sie sich in einer zwischen 6 und 22 Monate betragenden Zeit nach der Operation gesund befanden. Dem Geschlechte nach waren von 18 (unter den 22 einschlägigen Fällen) mit Angaben versehenen Patt. 14 männlich und 4 weiblich; 14mal handelte es sich um Leistenbrüche, 4mal um Schenkelhernien.

Vielfach war bisher die Tuberkulose der Hernien nur ein Nebenbefund bei Obduktionen oder Operationen; neuerdings hat man aber, und zwar ausschliesslich bei Patt. unter 10 Jahren, eine bestimmtere Form des Symptomenkomplexes in den Fällen gefunden, in denen der Bruchsack allein tuberkulös war. Es kommt hier zu einer Verdickung des Bruchsackes — welche allerdings unter Umständen auch durch angewachsenen Bauchinhalt (Notz) vorgetäuscht werden kann — und zur Auffüllung des Bruchsackes mit Flüssigkeit, welche mit dem tuberkulösen Ascites in der freien Bauchhöhle communicirte. Im Stehen ist hierdurch der Bruchsack gespannt; aber schon die Palpation zeigt, dass dieses nicht durch Intestina, sondern durch Flüssigkeit entsteht. Durch gleichmässigen Druck kann diese in die Bauchhöhle getrieben werden, ebenso fliesst sie beim Liegen von selbst oder mit geringer Kunsthülfe ab, um unter entgegengesetzten Bedingungen schnell wiederzukehren. Dabei ist der Perkussionsschall regelmässig leer. Hat man Bauchfelltuberkulose ausserdem diagnosticirt, so ist die Auffassung des Falles meist leicht, immerhin ist bei den meisten Fällen von Tuberkulose die Sachlage nicht so einfach und eine sichere Diagnose nicht möglich. P. Güterbock.

A. Hoffa, Zur Aetiologie und Behandlung des Plattfusses. (Aus der chir.-orthopäd. Privatklinik des Privatdocenten Dr. A. Hoffa in Würzburg.) Arch. f. klin. Chir. LI. S. 40.

Verf., welcher zur Entstehung des Plattfusses die Existenz einer abnormen Knochenweichheit annimmt, unterscheidet im Gegensatz zu Lorenz nur ein einziges, und zwar mittleres Gewölbe des Fusses, das durch die Zusammenfügung des Calcaneus, Cuboides, Os cuneiforme III und Os metatarsi IV gebildet wird; die Schwerlinie aber fällt beim Stehen in das Dreieck, das gebildet wird durch die Linie, welche die beiden Höcker des Fersenbeins unter sich mit dem Köpfchen des Os metatarsi III verbindet. Der Plattfuss wird erworben, indem der betr. Pat. bei anhaltendem Stehen die Ruhestellung bei gespreizten Beinen, nach aussen rotirten, leicht gebeugten Knieen und stark nach aussen gestellten Füssen einnimmt. Durch letztere Position kommt es nach v. Meyer zur Ueberdrehung des Talus um seine untere schiefe Achse, der dann sekundär nicht zu einem Einsinken, sondern zu einer Umlegung des inneren Fussrandes nach aussen

führt. Die vom Verf. in der II. Auflage seines Lehrbuches der Orthopädie bereits näher geschilderte Therapie des Plattfusses besteht in der Empfehlung, bei Anlage zum Plattfuss mit gerade gerichteten Zehen zu stehen, in Massage und Gymnastik und im Tragen einer gewissermassen das Schema des normalen Fusses nachahmenden Plattfusseinlage.

Zum Schluss giebt Verf. einige Regeln für die Behandlung des fixirten Plattfusses, welcher zunächst in einen beweglichen verwandelt werden muss, um dann diesen nach den vorstehend gegebenen Regeln weiter zu behandeln. Verf. sieht hier einen Fortschritt in der Applikation nur kurze Zeit liegender Verbände, mit deren Hülfe man das Brisement forcé mit redressirenden Manipulationen, Massage und Gymnastik verbinden kann. Für die forcirte Redression empfiehlt sich zunächst die Stellung des Fusses in Plantarflexion, welche man nötigenfalls durch die Achillotomie zu unterstützen hat. P. Güterbock.

Tilmann, Zur Behandlung der Meningocele. (Aus der chir. Klinik des Geh. Ober-Med.-Rates Prof. Dr. v. BARDELEBEN.) Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 48.

Das chirurgische Resultat der Exstirpation der beiden, ein 3 Wochen altes, bezw. neugeborenes Kind betreffenden, in extenso wiedergegebenen Fälle ist dahin zusammenzufassen, dass beide Male die Operation ohne grossen Blutverlust und ohne nachteilige Folgen abgelaufen ist. Im ersten Fall trat vollkommene Heilung ein und konnte, da keine Komplikation mit Hydrocephalus bestand, noch nach $1^1/_2$ Jahren konstatirt werden. Im zweiten Fall war der Ausgang letal infolge Weiterentwickelung des Hydrocephalus int., doch hatte die Operation hier das Leben verlängert, also jedenfalls doch nicht geschadet. P. Güterbock.

P. Mermet, Des abcès ossifluents intramammaires. Arch. gén. 1896, Mars-Avril. pp. 276, 417.

Unter obiger Bezeichnung versteht Verf. diejenigen kalten Abscesse innerhalb der Brustdrüse, welche periostealen oder ostealen tuberkulösen Veränderungen des Brustskeletts ihre Entstehung verdanken. Wenn man die Eiteransammlungen ausschliesst, welche nicht direkt im Bereich des Brustdrüsenparenchyms sassen oder keinen tuberkulösen Ursprung hatten, sind die vom Vf. in Betracht gezogenen intramammären Abscesse so selten, dass er ausser vier eigenen Beobachtungen lediglich 6 hierher gehörige Vorkommnisse aus der Litteratur zu sammeln vermochte. Aus der auf Grund dieser beschränkten Casuistik gegebenen monographischen Darstellung ist hervorzuheben, dass man ausser einem gewöhnlich an ein Trauma anknüpfenden Initial-Stadium eine Periode der ausgemachten Abscessbildung, in der die Eiteransammlung durch einen deutlichen Stiel mit der Brustwand zusammenhängend gefunden wird, und eine solche der Fistelentwicklung unterscheiden kann. Trotz dieses eigenartigen Verlaufes sind Verwechslungen mit anderen Anschwellungen der Brustdrüse festen wie flüssigen Inhaltes die Regel, so z. B. mit der einfachen chronischen Mastitis, mit der syphilitischen oder tuberkulösen Mastitis, den Brustadenomen,

weniger mit den Sarkomen, den Carcinomen und anderen Geschwülsten, ferner besonders mit den idiopathischen kalten Abscessen und in einem Falle mit dem Aneurysma der Art. intercostalis. In zweifelhaften Fällen empfiehlt sich die Probepunktion. Die Behandlung, welche die ursprüngliche tuberkulöse Knochenerkrankung zu berücksichtigen hat, bietet im Uebrigen nichts Besonderes. P. Güterbock.

F. Lange, Die operative Behandlung des Buckels nach Calot. Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 16.

Verf. steht nach seinen Versuchen (an 5 Patienten) dem Calot'schen Verfahren im Allgemeinen sympathisch gegenüber. Die Gefahren, welche das Redressement mit sich bringt, werden nach L. wohl überschätzt. Das Rückenmark speziell ist wenig gefährdet, so lange die Wirbelbögen und die Dornfortsätze intakt sind. Die Steigerung der entzündlichen Erscheinungen, welche durch den gewaltsamen Eingriff hervorgerufen wird, wird kompensirt durch den fixirenden und entlastenden Gipsverband. Der Schwerpunkt und der Erfolg des Verfahrens beruht auf einem geeigneten Gipsverband, der seine Stütze unten am Becken, oben am Hinterkopf, am Os occipitale haben muss. Um die Narkose abzukürzen, macht L. den Kopf und Beckentell ohne Narkose einen Tag vor dem Redressement. Das Redressement selbst muss so schonend als möglich ausgeführt werden; man thut event. gut, sich mit einer Stellungsverbesserung zu begnügen.

M. Borchardt (Berlin).

O. Horwitz, An inquiry in to the cause for the large mortality resulting from suprapubic cystotomy. Report of seventy cases, with but one death. The med. and surg. rep. Philadelphia, 1897. Mai 15.

Verf. empfiehlt auf Grund seiner grossen Erfahrung und seiner glänzenden Erfolge folgendes Verfahren für die Ausführung der Sectio alta: Anfüllung der Blase mit Wasser, Einführung eines mit Luft gefüllten Ballons ins Rectum; Längsincision in der Mittellinie $2^1/_2$—3 Zoll lang, Eröffnung der Blase, Extraktion des Steines, Fremdkörpers etc.; Naht der Blase mit Silkworm gut bis auf einen Winkel, durch den ein Gummidrain zum Blasenboden geführt wird; ein zweites kleines Drain wird von der Nahtlinie durch die Haut nach aussen geleitet; dringt Urin durch die Naht, dann müssen alle Nähte entfernt und die Heilung durch Granulation abgewartet werden. Die Blasenwunde soll überhaupt nicht genäht werden, wenn die Blase sehr kontrahirt ist, wenn ihre Wand stark verdickt und endlich wenn schwere Cystitis vorhanden ist.

Wird bei der Operation versehentlich das Peritoneum eröffnet, dann muss es sofort durch Naht verschlossen werden; die Blase wird in diesem Falle nicht primär eröffnet, sondern die Wunde wird mit Jodoformgase ausgestopft und die Blase erst am fünften Tage incidirt. M. Borchardt.

Digitized by Google

A. Hoffa, Das Problem der Skoliosenbehandlung. Berlin. klin. Wochenschrift. 1897, No. 4.

Eine rationelle Behandlung der Skoliose hat nach Hoffa die Aufgabe, die der Verkrümmung entgegengesetzten statischen Verhältnisse an der Wirbelsäule zu erzwingen und zu fixiren, damit alsdann sich durch die Belastung der oberhalb der Krümmung liegenden Wirbelabschnitte die unterliegenden Wirbel in einem der Skoliose entgegengesetzten Sinn zu entwickeln vermögen.

Man hat zur Ermöglichung dieser Aufgabe zunächst eine Mobilisirung der gewissermassen ein System pseudoankylotischer Gelenke darstellenden skoliotischen Wirbelsäule auf passivem Wege zu erstreben. Es geschieht dies teils durch Anwendung besonderer von LORENZ, RAETZ, HOFFA, SCHELLE u. A. konstruirter Apparate, die alle im Grossen und Ganzen denselben Zweck verfolgen, die an der konkaven Seite der verkrümmten Wirbelsäule geschrumpften Bänder und Muskeln zu dehnen, teils durch manuelle Redression, indem man mit der Kraft der Hände die Umkrümmung der Wirbelsäule zu erreichen trachtet. Der Endzweck des passiven Redressements ist der, die Wirbelsäule so beweglich zu machen, dass es die Patienten allmählich lernen, ihre Skoliose aktiv selbst umzukrümmen. Hat man dann durch oft Monate lang fortgesetzte Uebungen die Möglichkeit einer völligen Ueberkorrektur der Verkrümmung erreicht, so ist der Zeitpunkt gekommen, die Wirbelsäule für längere Zeit in der übercorrigirenden Stellung durch einen Gypsverband zu fixiren und so den Wirbeln zu ermöglichen, die durch die Skoliose gesetzten pathologischen Veränderungen wieder auszugleichen. Das Kind giebt sich beim Eingypsen selbst durch eigene, durch Selbstredression die seiner habituellen skoliotischen Haltung entgegengesetzte Stellung. Nehmen wir eine gewöhnliche rechtskonvexe Brust- und linkskonvexe Lendenskoliose an, so stellt das Kind das rechte Bein etwa einen Fuss weit in Abduction und gleichzeitig vor den andern Fuss. Beugt es nun sein rechtes Knie, so senkt sich naturgemäss das Becken auf der rechten Seite, und damit erfolgt die Umkrümmung der Lendenwirbelsäule, so dass sie statt nach links sich jetzt nach rechts konvex umbiegt. Da aber das Hüftgelenk in Folge des Vorstellens des Fusses gleichzeitig auch gebeugt wird, entwickelte sich gleichzeitig auch eine Lordose der Lendenwirbelsäule, die wir nach Kräften erstreben müssen. Mittelst eines Bindenzügels kann man die gesenkte und mehr nach vorn gesenkte Haltung des Beckens leicht unterstützen. Das Becken in einer Gabel zu fixiren hält H. für unvortheilhaft, da die Gabel beim Eingypsen hindert. Die Hände eines Assistenten sind besser; sie halten das Becken gleichzeitig so fest, dass sich die rechte Beckenseite nicht nach vorne drehen kann. Das Kind legt nun seine Hände auf den Kopf, krümmt nach Möglichkeit seine Brustskoliose um und wird in diesen Ausgleichsbestrebungen durch einen zweiten Bindenzügel unterstützt, der, mit Vermeidung jeglichen Druckes auf die Seitenfläche des Thorax, den Rumpf nach links hinüberzieht und ihn gleichzeitig in Detorsion hineindreht. In dieser Stellung wird nun ein Gypsverband angelegt, der von den Achseln herab den ganzen Rumpf, das Becken und den rechten Oberschenkel bis zu dem rechten Knie umfasst. Auf jede Extension am Kopfe

wird verzichtet. Dieselbe ist unnötig, da die Wirbelsäule nichts von ihrer normalen Länge einbüsst, sobald das Kind dieselbe einmal in Selbstredression zu halten erlernt hat.

In dem Verbande macht das Kind nun weitere Streckübungen, die den Zweck haben, die durch die vorhergegangene vorbereitende Gymnastik ganz ausserordentlich gekräftigten Muskeln auch kräftig zu erhalten. Der Verband bleibt, je nach der Schwere des Falles, 2—4 Monate am Körper. Nimmt man ihn ab, so halten sich die Kinder unwillkürlich noch eine Zeit lang (8—20 Tage lang) in ihrer sozusagen deskoliosirten Haltung, die H. benutzt, um ihnen ein Stützcorsett nach Hessing'schem Modell machen zu lassen. Er hat auf diese Weise selbst bei schweren Fällen, sofern nur noch eine Mobilisation der Wirbelsäule möglich war, eine tadellose Haltung des Oberkörpers erreicht. Die Wirbelsäule ist wieder nahezu gerade geworden und selbst am Rippenbuckel liess sich eine deutliche Besserung nachweisen.

Joachimsthal (Berlin).

W. Dolganoff, Ueber die Veränderungen des Auges nach Ligatur der Gallenblase. Arch. f. Augenheilk. XXXIV. S. 196.

D. untersuchte die Augen von 4 Hunden, denen der Gallenausführungsgang unterbunden war. Die Augenhäute unterlagen sehr eingreifenden Veränderungen entzündlichen und degenerativen Charakters. Diese Veränderungen lokalisirten sich im Stroma des Bindegewebes, im Gefässsystem und in den Nervenelementen. Die Veränderungen im Bindegewebe bestanden in Kernvermehrung. Eine Alteration im Gefässsystem zeigte sich durch die erhöhte Blutfüllung der Gefässe, Aufschwellung ihres Endothels, Perivasculitis, Erweiterung der um die Gefässe liegenden Räume, Blutergüsse und Extravasate. Die Affektion des Nervensystems äusserte sich in verschiedenen Graden der Degeneration des Protoplasmas der gangliösen Zellen, in Kernveränderungen und in Erweiterung der perizellulären Räume.

Horstmann.

P. Fridenberg, Zur Pathologie des hämorrhagischen Glaukoms. Arch. f. Augenheilk. XXXIV. S. 176.

Bei einem 70jährigen Manne fanden sich im linken Auge mehrere Netzhautblutungen, dabei war die Spannung erhöht, die vordere Kammer seicht, die Iris reagirte träge und das Gesichtsfeld war verengt. Die Iridectomie wurde ausgeführt. Drei Wochen später erfolgte plötzlich eine Blutung in die vordere Kammer, welche die Enucleation des Auges notwendig machte. Bei der Untersuchung desselben fand sich eine hyaline Wandverdickung der Arterien. Die hochgradige Verengerung der Lumina erklärt die schliesslich erfolgende Durchlässigkeit der kleinsten Gefässe und die massenhaften Austritte von Blut in das umliegende Gewebe. Die Spannungszunahme des Bulbus ist nicht als eine Folge der Blutungen anzusehen, sondern auf eine Degeneration der Chorioidea und Iris, eine schleichende Irido-Chorioiditis, die ihrerseits auf Gefässentartung beruht, zurückzuführen.

Horstmann.

Milligan, Zwei Fälle von Sarkom des Mittelohrs. Zeitschr. f. Obrenheilk. XXX. S. 226.

In den von M. mitgeteilten beiden Fällen hatte mehrere Jahre lang Eiterung aus dem betreffenden Ohr bestanden, Anfälle von spontan auftretender Blutung waren häufig gewesen, während das Anssehen des Tumors, welches aschgrau und fleischähnlich war, seine maligne Natur wahrscheinlich machte. Die mikroskopische Untersnchung bestätigte diesen Verdacht. In dem einen Falle fand sich ein Angiosarkom von sehr gefässreichem Typus, in dem anderen ein Myosarkom von ziemlicb vasculärem Bau.

Schwabach.

Barling, Three cases of otitis media with brain abscess. Brit. med. journ. 1897, June 12.

Von den drei Fällen von Hirnabscess nach Otitis media wurden zwei dnrch die Operation geheilt; ancb im dritten Falle wnrde ein Kleinhirnabscess operativ geöffnet, trotzdem erfolgte nach einigen Wochen der Tod. Bei der Obduktion fand sich ein zweiter Abscess. Schwabach.

A. Gönner, Ueber Heufieber. Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte 1897, 15. April.

Verf. hat eine Sammelforschung über das Henfieber in dem Kanton Basel veranstaltet, die von 24 Aerzten beantwortet wurde, die 50 Kranke gesehen haben. Es ergab sich Folgendes: Das Heufieber ist eine Erkrankung der wohlhabenderen Bevölkerung; es kommt meist zwischen 20 und 50 Jabren vor. Jedoch scbeint es ziemlich häufig schon in früher Jugend zu beginnen; nervöse Anlage spielt keine hervorragende Rolle in der Aetiologie, ebensowenig übermässiger Alkohol-, Thee- und Tabakgenuss, dies vielleicht im Gegensatz zu der angelsächsischen Rasse. Die schwere Form ist relativ häufig. Therapeutisch erfreuten sich der grössten Beliebtheit und wie es scheint, auch des Erfolges Cbinin und Cocaïn; letzteres nur lokal, ersteres lokal und innerlich. Die besten Erfolge scheint man zu haben, wenn man mit der innerlichen Darreichung scbon einige Zeit vor der Heufiebersaison beginnt und wäbrend derselben damit fortfährt; die lokale Anwendung beschränkt sich auf die kritische Zeit. Bei dieser letzteren ist der Gebranch als Schnupfpnlver am einfachsten: Chinin mur 1,0, Acid. boric. 4,0. Auch Jodkalinm scheint innerlich zn nützen. Ortswechsel ist sehr zu empfehlen. W. Lublinski.

A. Kirstein, Ein Mittel, das Beschlagen der Keblkopfspiegel zn verhüten. Deutscbe med. Wocbensbr. 1897, No. 8.

Wenn man auf einen trockenen Spiegel eine winzige Spur gewöhnlicher gelber Schmierseife verreibt und dann die Fläche mit einem trocknen Tuch polirt, bis der Spiegel wieder blank ist, so bleibt derselbe klar und kann nnerwärmt zur Untersucbnng gebraucht werden. W. Lublinski.

J. O. Hollick, Acute tonsillo-glossitis followed by tuberculous meningitis simulating hysteria. Brit. med. journ. 1897, April 10.

Eine 40jährige Person wurde von einer fieberhaften follikulären Tonsillitis befallen, der sich eine akute Glossitis anschloss. Nachdem der Prozess sich zur Besserung neigte, wurde die Kranke apathisch, verweigerte die Nahrung, fieberte wieder heftiger, die Atmung wurde beschleunigter; Pat. starb ohne Coma oder Konvulsionen an Erschöpfung. Es fanden sich in der Spitze der rechten Lunge alte tuberkulöse Herde, auf der Oberfläche der linken zahlreiche miliare Tuberkeln, die auch in die Substanz eindrangen. Ausserdem war tuberkulöse Meningitis vorhanden.

W. Lublinski.

Stewart, Case of congenital malformation of the nose. The Lancet 1897, March 27.

Der Fall ist ein Unicum. Bei einem 25jährigen Manne fand sich ein tiefer Spalt in der Mittellinie der Nase, der von den Nasenbeinen bis zur Oberlippe verlief und die Nase vollständig in zwei Hälften teilte. Das Gewebe in dem Spalt war ein Narbengewebe. Bei der Operation fanden sich zwei knorpelige Septa, von denen das rechte das breitere war. Der Boden des Spaltes war mit festem, sehr hartem Knochen angefüllt, so dass die Entfernung sehr schwierig war. Verf. nimmt an, dass das Zusammenwachsen der nasalen Blätter, der lateralen Proc. nasal., aus denen das Septum hervorgeht, durch eine Dermoidcyste verhindert wurde. In der Jugend des Pat. soll eine Geschwulst von der Nase entfernt worden sein.

W. Lublinski.

H. Buchner, Die Bedeutung der aktiven löslichen Zellprodukte für den Chemismus der Zelle. Münch. med. Wochenschr. 1897, No, 12.

Verf. und dessen Bruder Eduard haben gefunden, dass die Hefezellen die Vergährung des Zuckers nicht durch ihr Protoplasma, sondern durch speziell für diesen Zweck ausgebildete Substanzen von nicht protoplasmatischem Charakter bewirken. Es wurden Bierhefezellen mit Sand zerrieben und die Masse bei einem Druck von 400—500 Atmosphären ausgepresst. Es wird dadurch eine klare, häufig etwas opalisirende gelbe Flüssigkeit von Hefegeruch und schwach alkalischer Reaktion gewonnen, welche über 10 pCt. feste Bestandteile enthält, unter denen sich reichlich Albumine befinden, so dass die Flüssigkeit infolge Erhitzens auf Siedetemperatur gerinnt. Wird dieser Saft mit vergährbarem Zucker zusammengebracht, so tritt in der Kälte etwas langsamer, bei Erwärmen auf 30° nahezu augenblicklich eine lebhafte Spaltung in Kohlensäure und Alkohol auf. Diese Gährthätigkeit des Presssaftes, welcher als Zymase bezeichnet wird, wird nicht behindert durch Chloroformdämpfe oder Zusatz von 1 pCt. Natriumarsenit, wodurch bei Verwendung lebender Zellen die Gährthätigkeit sofort aufhört. Der Hefesaft verliert beim Aufbewahren auch im Eiswasser seine Gährwirkung sehr schnell, jedoch lässt sich dieselbe konserviren, wenn man von vorneherein den Presssaft Gährthätigkeit ausüben lässt; am besten scheint eine Mischung von gleichen Teilen Presssaft und 60 pCt. Rohrzucker

lösung. Hiermit lässt sich die Gährwirkung im Eisschrank 8—14 Tage lang erhalten.

Dass der Gährungsvorgang selbst die Konservirung bedingt, wird dadurch verständlich, dass von 71 Calorien, welche theoretisch einer Umwandlnng des Glucosegrammmoleküls in Alkohol nnd Kohlensäure entsprechen, nnr ein kleiner Teil in Form von frei werdender Wärme messbar anftritt. Der grösste Teil der entbundenen Energie verschwindet dagegen der Wahrnehmung, und dieser wird unansgesetzt zum Wiederaufban der Aktivität der Zymase verbraucht, so dass es sich dabei nm die Restitntion der znerst vorhandenen, dann verlorenen Aktivität ausserhalb der Zelle durch Energielieferung aus einem rein chemischen Prozesse handeln würde.

H. Bischoff.

Cotton, Ein Beitrag zur Frage der Ausscheidung von Bakterien dnrch den Tierkörper. Sitzungsber. d. Akad. d. Wissensch. zu Wien, mathematisch-naturwissensch. Kl. 1896. CV. (8—10.)

Um die Frage, zu welcher Zeit, unter welchen Bedingungen und in welchen Mengen eine Ansscheidung von Bakterien durch die Galle nnd durch den Darm nach intravenöser Injektion stattfiudet, hat C. Kulturanfschwemmungen von Bac. anthracis, subtilis, prodigiosns, Bac. pneumoniae, Staphyloc. aureus nnd Diploc. pneumoniae Kaninchen in die Ohrvene injicirt nnd dann unter sterilen Cautelen Galle, Blut, Leber, Milz, Harn, Inhalt des Wurmfortsatzes und anderer Darmpartien mittelst Knlturverfahrens bakteriologisch untersucht. Er fand, dass gewisse Bakterien, so der Staph. aurens, wenn sie in grosser Menge im Blute vorhanden sind, durch die Galle ausgeschieden werden können, ohne dass Veränderungen in der Leber und den Gallenwegeu auffindbar waren, dass aber grössere Mengen von Bakterien nnr auf pathologische Weise in die Galle kommen. Seitens des Darmes konnte eine physiologische Ausscheidung von Bakterien nicht nachgewiesen werden, eine pathologische dagegen ist sehr häufig. In den Harn gehen grössere Mengen von Bakterien ebenfalls nur nach pathologischen Veränderungen in den Nieren über, jedoch will C. eine Ausscheidung nnter physiologischen Verhältnissen nicht ganz in Abrede stellen. Da eine physiologische Ansscheidung, in künstlichen Versuchen, wo ungehenre Mengen ins Blut gebracht werden, nnr so geringe Mengen von Bakterien aus dem Körper eliminirt, so muss angenommen werden, dass bei den viel geringeren Mengen von Bakterien, wie sie im Blute bei Infektionskrankheiten vorkommen, die Ausscheidung ganz minimal ist, so dass die klinisch beobachtete Ausscheidung nnr als ein Symptom der Erkranknng, als Teilerscheinung des Infektionsprozesses aufzufassen, keineswegs aber als Beweis einer Schutzvorrichtung, mittelst deren sich der Körper der Bakterien zu entledigen vermag, anzusehen ist.

H. Bischoff.

Knorre, Ein Beitrag zur Frage über die Verbreitnng der Tnberkulose unter den Marinemannschaften des Kronstädter Hafens. Zeitschr. f. Hyg. 1897. XIV. S. 351.

K. hat die 1112 Fälle an Lnngentuberkulose, welche in den Jahren

von 1887—95 im Marinehospital zu Kronstadt behandelt wurden, genauer studirt. Er kommt zu sehr interessanten Resultaten. Es ist die durch Lungentuberkulose bedingte Morbiditäts- und Verlustziffer für die Marinemannschaften des Kronstädter Hafens während der neunjährigen Zeitperiode mindestens doppelt so gross, als sie bei der üblichen Registrirung der Krankheiten in den Berichten angegeben wird; er berechnet 10,88 pM. Erkrankungen und 10,71 pM. Verlust infolge Lungentuberkulose. Die Sterblichkeitsziffer der Tuberkulose allein erreicht während des Zeitraumes fast diejenige an allen übrigen Krankheiten zusammengenommen. Dieser enorme Abgang infolge Tuberkulose ist dadurch bedingt, dass bereits inficirte Leute eingestellt werden und bei diesen im Laufe des ersten oder zweiten Dienstjahres die bis dahin latente Tuberkulose zum Ausbruch kommt. Wird als Incubationsdauer, von der Zeit der Infektion bis zum Nachweis von Tuberkelbacillen, durchschnittlich 2 Jahre gerechnet, so muss die weitaus überwiegende Mehrzahl, fast $^4/_5$, dieser Erkrankungen auf eine Infektion während des Dienstes zurückgeführt werden; denn während der Verlust im ersten Dienstjahre gering ist, wird er in den folgenden erheblicher, um im vierten Jahre am höchsten zu sein. Von den verschiedenen Dienstzweigen ist am meisten das untere Lazarethpersonal gefährdet, bei den Krankenwärtern beträgt die jährliche Tuberkulosemorbidität 25,8 pM., während die Musikanten nur unerheblich mehr Erkrankungen aufweisen, als die anderen Mannschaften.

Unter diesen Umständen ist von einer besonders strengen Musterung, durch welche alle Tuberkulösen oder auf Tuberkulose Verdächtigen vom Militärdienst ausgeschlossen werden, allein grosser Erfolg nicht zu erhoffen, da ja meist die Infektion erst während der Dienstzeit erfolgt. Ein sichtbarer Erfolg ist nur dann zu erwarten, wenn geeignete Massnahmen zur Verhütung der Infektion ergriffen werden. Worin dieselben bestehen sollen, darüber macht K. keine Angaben. H. Bischoff.

E. Levy und **H. Bruns**, Beiträge zur Lehre der Agglutination. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 23.

Verff. haben die Versuche von Gruber, Pfeiffer und Anderen wiederholt und Kaninchen auch gegen Proteus immunisirt. Auch bei diesen Bakterien trat, wenn Immunserum zu Bouillonkulturen hinzugesetzt wurde, Agglutination auf. Sodann haben Verff. Tiere mit filtrirten Kulturen behandelt, nachdem sie durch Plattenverfahren nachgewiesen hatten, dass in die Filtrate Bakterien nicht übergegangen waren. Auch dann erhielten sie spezifische Agglutination, so dass die Agglutinine nicht lediglich aus den Leibessubstanzen der Bakterien im Tierkörper gebildet wurden. Endlich wurde auch die Zeit festgestellt, welche nach der Infektion vergeht, bis die agglutinirende Wirkung des Serums auftritt, und zwar vergingen mindestens $3^1/_2$ Tage, bis die Reaktion deutlich wurde. Sie war dann sofort in Verdünnungen von 1 : 100 positiv, so dass Verff. annehmen, dass die Agglutinine nicht allmählich zunehmen, sondern mit einem Schlage die Reaktion ausgelöst wird. Der positive Ausfall der Gruber'schen Reaktion nach Injicirung keimfreier Filtrate würde dafür sprechen, dass die lös-

Digitized by Google

lichen Stoffwechselprodukte für das Zustandekommen der Infektion und Immunität von Bedeutung sind. H. Bischoff.

E. German, Die Uebertragung von Infektionskrankheiten durch die Luft. I. Mitteilung: Die Uebertragung des Typhus durch die Luft. Zeitschr. f. Hyg. XXIV. S. 403.

Infolge der vielen Angaben in der Litteratur, durch welche die Luftinfektion für den Typhus sehr häufig verantwortlich gemacht wird, hat G. unter KRUSE experimentell nachgewiesen, ob Typhus so hochgradiges Austrocknen verträgt, dass eine Verstäubung und Uebertragung durch die Luft möglich wird. Er hat Typhusbouillonkulturen, Aufschwemmungen von Agarkulturen und Fäces, versetzt mit Typhusbacillen, mit verschiedenen Bodenarten vermischt und auch auf Kleidungsstücke übertragen. Er fand, dass in feuchtem Zustande ein Absterben der Bakterien erst nach langer Zeit eintritt, während bei allmählichem oder künstlich beschleunigtem Austrocknen in wenigen Tagen ein Absterben der Bacillen erfolgt. Er kommt daher zu dem Schluss, dass eine Uebertragung von Typhusbacillen durch die Luft besonders auf weitere Strecken ausgeschlossen ist. Den experimentellen Nachweis, dass Typhusbacillen Austrocknen bis zur Verstäubung nicht vertragen, hat G. nicht geliefert. H. Bischoff.

A. Krupezky, Vergleichende Wirkung des Hämogallols und Ferratins. Wien. med. Blätter 1895, No. 50/51.

K. stellte in der Dorpater medicinischen Klinik zwei vergleichende Beobachtungen über die Wirkung des Hämogallols und Ferratins an, wobei jedes der beiden Mittel den Kranken in gleicher Aufeinanderfolge gegeben wurde. Der erste Fall betraf einen 41jährigen Mann, der bei mangelhafter Ernährung durch einen Botriocephalus latus stark anämisch geworden war; die Zahl der roten Blutkörperchen war ca. 2 Millionen, die der weissen 26,000, der Hämoglobingehalt betrug 20 pCt. Nach Entfernung des Bandwurms erhielt Pat. viermal je 6 Tage abwechselnd 0,6 Hämogallol bezw. 0,6 Ferratin; am Abend eines jeden sechsten Tages wurde eine Blutuntersuchung vorgenommen. Nach der ersten Verabreichung des Hämogallols stieg der Hämoglobingehalt um 5 pCt., die Zahl der Blutkörperchen blieb dieselbe; bei den späteren Gaben stieg sowohl der Procentgehalt des Hämoglobins, als auch die Zahl der roten Blutkörperchen, während gleichzeitig die der weissen zurückging. Was das Ferratin betrifft, so liess sich 2mal eine Vermehrung, die beiden anderen Male eine Verminderung des Hämoglobingehalts nachweisen; was die Zahl der roten Blutkörperchen anlangt, so wurde nur einmal eine Vermehrung der roten und Verminderung der weissen konstatirt, die anderen Male war das Verhältnis ein umgekehrtes. Beide Mittel erhöhten den Appetit, nach Gebrauch von Ferratin zeigte sich regelmässig vermehrter Durst und gesteigerte Harnmenge. Der zweite Fall betraf ein 19jähriges anämisches Mädchen, bei dem beide Mittel in derselben Weise angewandt wurden. Hier war der Einfluss auf die Zahl der roten Blutkörperchen nur ein sehr unbedeutender, während der Procent-

gehalt des Hämoglobins namentlich bei Gebrauch des Ferratins beträchtlich stieg. Auf Grund dieser Beobachtungen kommt K. zu dem Schlusse, dass in Fällen, wo die Anämie sich in einem Organismus entwickelt, der durch irgendwelche Gründe erschöpft ist, das Hämogallol am Platze ist, während bei der Behandlung chlorotischer Mädchen und in ähnlichen Fällen das Ferratin vorznziehen ist. K. Kronthal.

L. F. Kebler, Poisonous Honey. The med. and surg. report. Vol. LXXV. No. 11.

Schon von Alters her ist es bekannt, dass die Nahrung der Bienen von grossem Einfluss auf die Beschaffenheit des von ihnen producirten Honigs ist, und bei Vorhandensein von giftigen, besonders narkotischen Pflanzen in der Nähe von Bienenstöcken nicht selten Vergiftungserscheinungen nach Genuss von Honig beobachtet werden. Der erste diesbezügliche Fall findet sich bereits in Xenophons Anabasis, seitdem sind wiederholt derartige Fälle, zum Teil mit tödlichem Ausgange, beschrieben worden. — Im vorliegenden Fall erkrankte ein Ehepaar nach Genuss von Scheibenhonig, der zwar in einzelnen Zellen einen etwas eigentümlichen, brennenden Geschmack hatte, sonst aber weder schlecht aussah, noch roch. Nach etwa einer Viertelstunde traten Uebelkeit, Leibschmerz, Erbrechen auf, dann schwand das Bewusstsein, die Extremitäten wurden kalt, die Herzthätigkeit liess nach; später traten auch noch Krämpfe auf. Unter Anwendung starker Excitantien erholten sich die Patienten nur sehr langsam. Von dem übrig gebliebenen Honig wurden einzelne Zellen ohne Schädigung vertragen, andere, die den oben erwähnten brennenden Geschmack hatten, riefen schon in geringen Mengen Hustenreiz und Uebelkeit hervor; ein Alkoholextrakt des Honigs wurde einer Katze gegeben: kleine Dosen erzeugten allgemeine Depression, grössere Erbrechen, Prostration und Lähmungserscheinungen. Die Natur des Giftes konnte mit voller Sicherheit nicht festgestellt werden, wahrscheinlich handelte es sich um Andromedotoxin, das aus den in der Nähe wachsenden Ericaceen sammte. K. Kronthal.

A. Reiss, Ueber die Wirkung von Benzacetin als Antineuralgicum. Therap. Monatsh. 1896, No. 6.

R. berichtet über 61 Fälle, in denen er das von Küchler und Buff empfohlene Benzacetin anwandte; es wurde mit Coffeïn und Citronensäure zusammen gegeben, und zwar in folgendem Verhältnis: 85,8 pCt. Benzacetin, 8,5 pCt. Coffeïn und 5,7 pCt. Citronensäure. Die Einzeldosis betrug meist 1,2 g. Gute Dienste leistete das Mittel bei veralteten Fällen von habituellem Kopfschmerz, Neuralgie und Migräne; die Wirkung trat nach $^1/_4$—3 Stunden ein und hielt mitunter 1—2 Tage an. Unter den 61 Fällen wurde 18mal vollkommener Erfolg erzielt, 20mal Besserung, 5mal zweifelhafter und 18mal kein Erfolg. Störende Nebenerscheinungen wurden nur vereinzelt beobachtet. Als Schlafmittel hat sich Benzacetin nicht bewährt. K. Kronthal.

A. Jacobi, Nephritis of the Newly Born. The New York med. Jonrnal 1896. S. 65.

Nephritis ist eine häufige Erkrankung in der Kindheit nnd auch beim Neugeborenen keineswegs selten. Diejenigen Zustände, welche man früher beim Neugeborenen als blosse Albnminnrie bezeichnete, haben sich unter der Anwendung genauerer Untersuchungsmethoden, insbesondere der Centrifuge, als wahre Nephritisformen herausgestellt. Die Prädisposition zur Nephritis in der Kindheit ist veranlasst einmal durch die leichte Zerreisslichkeit der Blntgefässe infolge ihrer zarten Beschaffenheit beim Nengeborenen nnd dnrch die relative Enge der Nierencapillaren beim Kinde im Vergleich zur Weite der Nierenarterien, sodann durch die besonderen Eigenschaften des kindlichen Darms, welche die Aufnahme von Toxinen vom Darm ans in das Blut nnd die Lymphe begünstigen.

Die Ursachen der Nephritis beim Nengeborenen lassen sich in 3 Hauptgruppen zerlegen:

1. Hyperämie (Congestive) infolge allgemeiner Schwäche, angeborener Herzkrankheit, Asphyxie oder der Einwirkung von Kälte.

2. Verstopfung der Harnkanälchen (Obstruktive); diese entsteht infolge des physiologischen rapiden Zerfalls von Blutkörperchen beim Neugeborenen, dnrch Bildung von Hämatoidin oder Pigmentinfarkten, durch die Bildnng von Methämoglobin bei Vergiftungen (Kali chloricnm) oder bei Einwirkung übermässig hoher Temperaturen, durch die Anwesenheit von Blnt in den Harnkanälchen.

3. Reizzustände (Irritative); diese werden herbeigeführt durch die Anwesenheit von Harnsäure- oder Hämatoidin-Infarkten, durch Purpura oder andersartige Blutergüsse in das interstitielle Gewebe, durch Toxine oder Mikroorganismen bei den zahlreichen exanthematösen und infektiösen Krankheiten und bei Enteritis. Stadthagen.

A. Baginsky und **P. Sommerfeld,** Znr Chemie der kindlichen Galle. Arch. f. Kinderheilk. XIX. S. 321.

Jacubowitsch hat (im Jahrb. f. Kinderheilk. XXIV. S. 873) Angaben über die quantitative Zusammensetzung der Galle von Neugeborenen nnd Säuglingen veröffentlicht. Wegen der erheblichen Veränderungen, welche die Lebern von an akuten Infektionskrankheiten verstorbenen Kindern aufweisen, hielten die Vff. es für notwendig, die Gallen infektiöser und nichtinfektiöser Leichen getrennt zu untersnchen.

Für den ersten Teil der Arbeit, die Untersuchnng der nicht-infektiösen Galle, standen den Verff. 115 Leichen von Kindern aus den ersten Lebensjahren zu Gebote. Das Ergebnis der Untersuchung stimmt im Ganzen mit den Angaben von Jacubowitsch überein; hervorzuheben ist nnr, dass die Verff., entgegen den Angaben von Jacubowitsch und in Uebereinstimmnng mit neueren Analysen, Glykocholsäure gefunden haben (1,63 pCt.). Lencin, über welches sich bei J. keine Angaben finden, wiesen Verff. in der relativ beträchtlichen Menge von 0,28 pCt. nach. Im Uebrigen verweisen wir auf das Original. Stadthagen.

Aufrecht, Akute Leberatrophie bei Sclerema neonatorum. Cbl. f. inn. Med. 1896, No. 11.

Das Kind starb am fünften Lebenstage. Dass thatsächlich neben dem Sclerema neonatorum eine akute Leberatrophie bestand, war erwiesen einesteils durch die klinischen Symptome: Icterus, Petechien, Eiweiss und Leucin im Harn, anderenteils durch das Ergebnis der anatomischen und mikroskopischen Untersuchung, welche eine Verkleinerung der Leber, Aufhebung der regelmässigen Anordnung der Leberzellen, Kernschwund, Vacuolenbildung im Protoplasma, Blutaustritt in die Lebersubstanz und das Vorhandensein von Bakterien in der Leber ergeben hat. Stadthagen.

Löhr, Zwei Fälle von Darminvagination. Charité-Annalen. 1895. XX. Jahrgang.

Der erste Fall von Darminvagination, ein 5 Monate altes Kind betreffend, zeigte das gewöhnliche Bild einer akuten Intussusception. Vier Tage nach der plötzlichen Erkrankung des Kindes traten peritonitische Erscheinungen auf: Steigerung des Meteorismus, hohes Fieber, Erbrechen, Collaps. Aber es gelang dennoch, durch Lufteinblasung, Eisblase, Opium und Ausspülung des Magens die Gefahr zu beseitigen und normale Stühle herbeizuführen. Aber die Invagination war nicht völlig beseitigt worden; vielmehr ging von einem kurzen, noch invaginirten Stück des Dünndarms, welches brandig wurde, eine allgemeine Sepsis aus, die den Tod des Kindes verursachte. Eine Laparotomie würde im vorliegenden Falle vermutlich auch ohne günstigen Erfolg geblieben sein, wie die diesbezügliche Statistik lehrt. Am erfolgreichsten bleiben immer noch die Einblasung von Luft oder die Eingiessung von Wasser in tiefer Chloroformnarkose bei erhöhtem Becken.

Im zweiten Falle, welcher ein Kind im Alter von 1 Jahr und 8 Monaten betrifft, handelte es sich vermutlich um eine Invaginatio coli, die meist in das Rectum herabdringt und oft sogar prolabirt. Der Verlauf war ein subakuter, da noch am 8. Tage nach der erfolgten Invagination kein Zeichen von Peritonitis bestand, noch auch ein hochgradiger Collaps eintrat. C. Rosenthal.

M. Salomon, Ueber die Verwendbarkeit der Rosenheim'schen Magensonde zur Magendouche und einige zweckmässige Modifikationen derselben. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 31.

S. weist nach, dass die von Rosenheim zur Berieselung der Magenwände angegebene Sonde mit 24 seitlichen Oeffnungen und einer Kuppelöffnung von je 2 mm Durchmesser für diesen Zweck nicht brauchbar erscheint, weil auch bei starkem Drucke nur 2—3 etwas stärkere Strahlen austreten, die sich mit dem aus den übrigen Seitenöffnungen sickernden Wasser vereinigen. Er modificirte die genannte Sonde zweckmässig in der Weise, dass er nur neun Seitenlöcher und zwar derartig einbrennen liess, dass ihre Richtung schief von unten innen nach oben aussen verläuft. Diese Oeffnungen liegen etwa 10 bis 12 mm voneinander entfernt. Das Kuppelloch ist beibehalten.

Digitized by Google

Auf diese Weise erzielt man in der That den gewünschten Zweck, nämlich die Magenwände allseitig zu berieseln. C. Rosenthal.

C. Stoerk, Die Oesophagoskopie. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 28.

Nach einem historischen Ueberblick über die Oesophagoskopie und die zu diesem Zwecke zahlreich angegebenen Instrumente empfiehlt Verf. die Untersuchungsmethode mehr als bisher anzuwenden. Insbesondere zur rationellen Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre ist die Oesophagoskopie unentbehrlich. Aber sie sollte auch bei anderen in Betracht kommenden krankhaften Zuständen der Speiseröhre zur Anwendung gelangen. Beispielsweise bei Aetzstrikturen im Oesophagus. Contraindicirt ist die Anwendung der Methode bei jenen krankhaften Zuständen, welche auch die Untersuchung mit Bougies verbieten, also besonders bei Aneurysmen der Aorta, bei schweren Herzfehlern, bei hochgradigem Emphysem und endlich auch bei entzündlichen Affektionen des Oesophagus selber.

C. Rosenthal.

C. Gerhardt, Pulsus paradoxus einer Seite. Ungleiche Pulszahl der Armarterien. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 1.

Dauerndes Vorkommen eines Pulsus paradoxus bei Kranken ist abhängig von tiefen Atemzügen einerseits, von Herzschwäche und ungenügender Füllung der Arterien andererseits; es wurde konstatirt bei Mediastinitis, Pericarditis, bei Emphysem, auch bei Croup als Zeichen des Eintrittes des asphyktischen Stadiums.

Ein Pulsus differens (d. h. ein an der einen Radialarterie kleinerer und in der Form der Welle dem der Greise sich nähernder Puls) gilt als besonderes Zeichen des Aortenaneurysmas oder vielmehr als Symptom endarteritischer Prozesse am Aortenbogen, die zur Verzerrung der Abgänge der grossen Arterien führen.

Sehr selten sind dagegen die in der Litteratur erwähnten Fälle von einseitigem Pulsus paradoxus, in denen also vorwiegend an der einen Radialarterie die Schläge während der Inspiration unfühlbar werden. Verf. veröffentlicht einen hierher gehörigen Fall, eine 66jährige Frau betreffend, bei der an der linken Radialis — ebenso wie an der gleichnamigen Brachialis und Carotis — der Puls während tieferer Inspirationen unfühlbar und sphygmographisch kleiner wurde. — Verf. nimmt als Ursache eine atheromatöse Verengerung der Ursprünge der linken Carotis und Subclavia an, in Verbindung mit Schwäche der Herzthätigkeit. Perl.

Ch. Bouchard, Application de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax. Gaz. des hôp. 1897, No. 1.

Verf. betont die Uebereinstimmung der durch die Radioskopie und die Perkussion erzielten diagnostischen Aufschlüsse am Thorax; die bei der Perkussion als gedämpft erscheinenden Partieen markiren sich bei der radioskopischen Untersuchung als dunkel. Zuweilen lieferte die letztere Untersuchungsmethode Ergebnisse, die vermittelst der Perkussion nicht er-

hoben werden konnten. Verf. giebt Beispiele hierfür durch den radioskopischen Nachweis von Pleuraergüssen, von Infiltration einer Lunge (mit deutlich fehlender seitlicher Abweichung des Mediastinums), von tumorartiger Schwellung der Tracheal- und Bronchialdrüsen, von Ectopie des Herzens, von Herzhypertrophie u. dergl. m. — Weniger befriedigende Resultate hat Vf. von der Anwendung der Radioskopie bei der Untersuchung der Unterleibsorgane gesehen. Perl.

E. Herbert, Pathogénie des pleurésies traumatiques non purulentes. Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1897, No. 11.

Während der tuberkulöse Charakter einer grossen Anzahl von akuten serös-fibrinösen Pleuritiden durch die verschiedensten Autoren nachgewiesen ist, fehlen noch ausreichende Beobachtungen über das Wesen der gar nicht so seltenen traumatischen Pleuritis. Vf. analysirt 5 Fälle aus dem Material Chauffard's — sämmtlich mit nicht-eitrigem Exsudat. Das ursächliche Trauma ist bald ein sehr beträchtliches (schwere Kontusion, Rippenfrakturen), bald ein sehr geringfügiges. Mit den durch Punktion gewonnenen Pleuraexsudaten aller fünf Individuen wurden peritoneale Injektionen an Meerschweinchen vorgenommen; in 4 Fällen zeigten die gegen den 45. Tag nach der Inkubation untersuchten Tieren deutliche Tuberkulose, während die dem 5. Falle entsprechenden 3 Impftiere absolut gesund blieben. In sämmtlichen Fällen blieben übrigens die angestellten Kulturen steril.

Verf. schliesst hieraus, dass die traumatische Pleuritis, ebenso wie die sog. Erkältungspleuritis, eine Manifestation der Tuberkulose darstellt.

Perl.

Fr. Hofmann und **R. Bunzel,** Untersuchungen über den elektrischen Geschmack. Pflüger's Arch. 1897. LXVII. S. 215.

In Bezug auf die Ergebnisse elektrischer Reizung der Zungenspitze kamen Vff. zu fast denselben Resultaten wie Hermann (Cbl. 1891, S. 700). Der KaO-Geschmack tritt schon bei ganz schwachen Strömen auf, durch deren Schliessung überhaupt keine Empfindung ausgelöst wird. Der Schwellenwert für den AS und den KaO-Geschmack sind von derselben Grösse, der für den sogenannten KaS-Geschmack aber ist 10mal grösser. Auf dem Zungengrunde tritt die Geschmacksempfindung reiner und freier von Nebenwirkungen hervor und auf den hinteren Zungenpartien unterscheidet man im KaO-Geschmack deutlich eine süssliche Componente.

Die Ergebnisse der Prüfung des elektrischen Geschmacks gestalten sich schliesslich so: An der Spitze der Zunge bringt AS eine metallisch-saure, bei starken Strömen eine stechende Empfindung hervor; dieselbe ist bei KaS stark brennend und ganz schwach bitter, bei KaO säuerlich metallisch. Am Zungengrund bewirkt AS eine metallisch-saure Geschmacks-, daneben eine andere undefinirbare, bei starken Strömen eine ekelhafte Empfindung. KaS wird als bitter, leise kratzend, und KaO als metallisch sauer-süss empfunden.

In Bezug auf das Verhalten des elektrischen Geschmacks an der Grenze der geschmacksfreien Zone auf dem Zungenrücken ergab sich, dass in doppelter Weise an der Grenze des geschmacksunempfindlichen Gebiets auf

dem Zungenrücken und beim Gegengeschmack das schon oben konstatirte Zusammengehen des AS- nnd des KaO-Geschmacks und ihre Ueberlegenheit über den KaS-Geschmack festgestellt werden konnte.

Bei mässiger Vergiftung der Zunge (mit Cocaïn) verschwand der bittere Geschmack uud die KaS-Empfindung; AS- und KaO-Geschmack bleiben bei schwacher Vergiftung unverändert, nur werden sie etwas schwächer.

Bestreicht man die Papillae circumvallatae mit einer gesättigten alkoholischen Lösnmg von Gymnemasäure, so verliert sich bei KaO der süsse Geschmack.

Verff. kommen schliesslich zu folgenden Resnltaten: Der elektrische Strom reizt die Endorgane der Geschmacksnerven direkt nur bei AS und KaO. Während des Stromschlusses tritt Erregung durch Produkte der Elektrolyse hinzu, welche bei AS sich zur direkten Erregung addirt, bei KaS die einzige Ursache der Empfindung ist. Die KaO ist als der reinste Effekt direkter elektrischer Reizung der Geschmacksendorgane anzusehen.

Schliesslich wird noch auf die interessante Thatsache hingewiesen, dass bei Nervenstämmen KaS und AO erregend wirken, während beim Geschmacksendorgan AS und KaO eine Erregung bewirken. Bernhardt.

M. Campos, La sécrétion lacrymale après la section dn grand nerf pétreux superficiel. Gaz. hebd. 1897, No. 52.

C. durchschnitt bei einem Affen den N. petr. superf. maior innerhalb des Felsenbeins im Niveau des Ganglion genic. Das Tier erholte sich bald nach der Operation nnd zeigte nur eine leichte Facialisparese. Chloroform diente zur Reizung für die Thränensekretion, welche auch am Ange der operirten Seite nngestört vor sich ging.

Verf. schliesst hieraus, dass der N. lacrymalis zahlreiche, vom Einfluss des N. facialis unabhängige sekretorische Fasern enthält.

Bernhardt.

M. Nonne, Ueber Poliomyelitis anterior chonica als Ursache einer chronisch-progressiven atrophischen Lähmnng bei Diabetes mellitus. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 10.

In dem mitgeteilten Falle handelt es sich nm eine 64jährige Frau, bei der sich nach einem seit 4 Jahren bestehenden mittelschweren Diabetes mellitus ohne sonstige Veranlassung im Laufe von ca. $1^1/_2$ Jahren eine an den oberen Extremitäten beginnende und auf die unteren fortschreitende, langsam progressive, atrophische Parese der Muskulatur mit einer der degenerativen Atrophie zukommenden elektrischen Erregbarkeitsveränderung der Muskeln einstellte. Die Kranke starb an akuter Lungenaffektion, nachdem sich in der letzten Zeit einzelne bulbäre Störungen gezeigt hatten. In dem Rückenmark fand sich eine hochgradige, vom Halsteil bis znm Lendenteil abnehmende chronisch-atrophische Degeneration der Zellen und Fasern der grauen Vorderhörner mit einer seknndären Atrophie der vorderen Wurzeln und geringer Faser-Rarefikation der weissen Substanz ohne systematischen Charakter. Die Gefässe im Rückenmark waren nicht wesentlich verändert. Es fanden sich ausserdem eine Schrumpfnng und Cirrhose des Pankreas

und eine auf den Tripus Halleri beschränkte Arteriosklerose. Es dürfte dies der erste Fall von Diabetes mellitus sein mit dem klinischen Bilde einer Poliomyelitis anterior chronica und dem pathologischen Befunde einer chronisch-progressiven Vorderhornerkrankung. S. Kalischer.

A. Strümpell, Ueber einen Fall von retrograder Amnesie nach traumatischer Epilepsie. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1896. VIII. (5/6.)

S. beschreibt bei einem 46jährigen Oekonomen einen Zustand von isolirter, echter, retrograder Amnesie ohne alle sonstigen psychischen Krankheitssymptome. Derselbe trat im Anschluss an einen Stoss gegen den Kopf auf. Nachdem unmittelbar nach dem Stoss gegen den Kopf keine Krankheitserscheinungen hervorgetreten waren, traten 2 Tage später fünf sich rasch folgende echt epileptische Anfälle auf. Unmittelbar nach dem Aufhören der Kämpfe trat ein 8 Tage dauerndes und unter schweren Gehirnerscheinungen verlaufendes Kopferysipel auf. Im Verlauf der nächsten $1^1/_2$ Jahre traten noch 2mal epileptische Anfälle auf, so dass die Epilepsie als posttraumatische angesehen werden muss. Die retrograde Amnesie bezog sich auf die Zeit der Erysipelerkrankung und auf 3—4 Monate vor dem traumatischen Unfall. Zeichen von Hysterie fehlten völlig. Gedächtnis und Erinnerungsfähigkeit für die Zeit nach der Erkrankung waren als normal zu bezeichnen. Während die hysterische retrograde Amnesie nur in einer Hemmung der Reproduktion gewisser Vorstellungen besteht, handelt es sich hier um eine echte organische Amnesie mit Vernichtung der betr. Gedächtniseindrücke und dauerndem, unersetzlichem Verlust.

S. Kalischer.

Schultzen, Ueber einen eigentümlichen Fall von Chorea minor und Herpes arsenicalis mit Beteiligung des Kehlkopfes. Charité-Annalen. 1895. XX. Jahrgang.

Der Fall von Chorea ist ausgezeichnet durch die erhebliche Beteiligung der linken Musc. sternocleidomastoideus, splenius capitis etc., sowie durch einen Tremor der Stimmbänder und Puls- und Atembeschleunigung von wechselnder Stärke. Nach dem Verbrauch von 9,5 g der Fowler'schen Lösung in 32 Tagen stellten sich Trockenheit im Hals ein, Diarrhoeen und ein Herpes, der die Lippen, Nasengegend und den Kehlkopf betraf, unter gleichzeitigen Parästhesien und Fiebererscheinungen.

Der Herpes arsenicalis laryngis gehört zu den Seltenheiten und verläuft wie der Herpes laryngis aus anderen Ursachen; meist tritt er nach Fieber und Frost zugleich mit einem Herpes labialis der Haut oder Mundschleimhaut auf; fast immer sind Parästhesien, häufig auch Schluckbeschwerden oder Reizhusten dabei vorhanden; der Herpes heilt meist in wenigen Tagen. S. Kalischer.

G. Marinesco, Sur l'angiomyopathie (Myopathie d'origine vasculaire). Gaz. hebd. 1896, No. 34.

Ein 59jähriger Mann litt im Jahre 1885 an intermittirendem Hinken und anfallsweise auftretenden Schmerzen und Krämpfen im rechten Bein;

diese Anfälle traten stets auf, sobald der Kranke ca. 50 m weit gegangen war. Nach ca. zwei Jahren schwanden dieselben spontan. 1892 trat der gleiche Zustand auf; es trat eine Abmagerung der rechten Hüfte ein, die Haut des rechten Beines wurde dick, hart und kalt; über dem Metatarsophalangealgelenk traten erst heftige Schmerzen auf und dann gangränöse Plaques; später war das ganze rechte Bein atrophisch und mit lancinirenden Schmerzen behaftet bei intakter Sensibilität. Wegen wiederholter Gangrän am rechten Bein musste dasselbe schliesslich amputirt werden. Der Kranke starb 4 Wochen nach der Amputation. Die Sektion und mikroskopische Untersuchung ergab am rechten Bein normale Nervenstämme, während die Arterien eine progressive obliterirende Arteriitis aufwiesen. Die Muskelfasern der Beinmuskeln waren teils hypertrophisch, teils atrophisch, zerfallen, coagulirt. Diese Angiomyopathie mit Muskelschwund ist ebenso wie das intermittirende Hinken und die Gangrän ein Symptom im Verlaufe der obliterirenden Arterien-Entzündung. Wie die hier gleichzeitig vorhandenen Anfälle von Angina pectoris, beruht auch das intermittirende Hinken auf zeitweiliger Ischämie, die zu Schmerzen und Krämpfen führt, welche zeitweilig auftreten. S. Kalischer.

Ch. Busch, Ein Fall von ausgebreiteter Sarkomatose der weichen Häute des centralen Nervensystems. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1896. IX. (1/2.)

B. weist zunächst auf einen Fall von Sarkomatose des Centralnervensystems hin, der von Schataloff und Nikotoroff in russischer Sprache veröffentlicht ist und bei den von A. Westphal jüngst zusammengestellten Fällen (Arch. f. Psych. XXVI. 3.) unberücksichtigt blieb. Sodann teilt er einen neuen einschlägigen Fall mit, der einen 9jährigen Knaben betrifft, der an Kopfschmerzen, Erbrechen, Benommenheit, schwankendem Gang, Schielen, Sehschwäche, Blindheit, Stauungspapille, Neuritis optica litt. — Die Sektion erwies eine ausgebreitete Sarkomatose der Pia längs des ganzen Centralnervensystems ohne tiefgreifende Veränderungen der Substanz; nur der Unterwurm war durch die Geschwulst in ausgiebiger Weise zerstört worden, wodurch die intra vitam beobachteten Symptome genügende Erklärung finden. Das Sarkom der Häute zeigte im Allgemeinen wenig Neigung, auf das Rückenmark und die extramedullären Wurzeln überzugehen; es kommt hauptsächlich im Knabenalter vor und tritt als Angiosarkom bald mehr als Infiltration der Häute, bald mehr als zerstreute Knotenbildung auf. S. Kalischer.

P. Naecke, Die Menstruation und ihr Einfluss bei chronischen Psychosen. Arch. f. Psych. etc. XXVIII. (1.)

Die Untersuchungen des Verf.'s erstrecken sich in den meisten Fällen (ca. 73) auf eine Zeit von 8—15 Menstruationen und ergaben u. A., dass die Intermenstrualzeit in der grossen Mehrzahl ganz oder ziemlich regelmässig verläuft, ebenso auch wie die Periodendauer. Eine stärkere Blutung fiel meist mit dem Climacterium zusammen. Die Begleitsymptome der Menses (subjektiver und objektiver Natur) schienen bei chronischen Psy-

chosen nicht häufiger als bei Gesunden zu sein. Eine Aenderung im Verlaufe der Krankheit trat durch Amenorrhoe ebensowenig ein, wie durch den Wiedereintritt der Periode. Im grossen Ganzen wich die Menstruation bei den chronischen Psychosen nicht von der bei Geistesgesunden ab; ihr Einfluss auf den Gang des Leidens ist ein relativ geringer und dabei oft inkonstanter. Meist trat ein motorischer Drang, psychische Unruhe, Kongestionen, Neigung zu Gewaltthätigkeit, grössere Reizbarkeit, nächtliche Unruhe etc. hervor. S. Kalischer.

S. Bernheimer, Zur Kenntnis der Lokalisation im Kerngebiet des Oculomotorius. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 5.

B. exstirpirte beim Kaninchen die einzelnen Augenmuskeln und untersuchte alsdann das Kerngebiet des Oculomotorius nach der Nissl'schen Methode. Nach seinen Befunden scheinen beim Kaninchen die vom Oculomotorius versorgten 4 äusseren Augenmuskeln von den Ganglienzellen des distalen und mittleren Drittels, und zwar zumeist des gegenüber liegenden Kerngebietes abzuhängen, während die Ursprungsstellen für die Binnenmuskeln im proximalen Anteil des Oculomotoriuscentrums zu suchen sind. S. Kalischer.

A. Hoche, Ueber sekundäre Degeneration, speziell des Gowers'schen Bündels, nebst Bemerkungen über das Verhalten der Reflexe bei Kompression des Rückenmarks. Arch. f. Psych. XXVIII. (2.)

Der 49jährige Patient starb etwa 40 Tage nach dem Auftreten der Symptome einer Kompressionsmyelitis, welche im mittleren Dorsalteil des Rückenmarks sass. Durch die Untersuchung des Rückenmarks mit der Marchi'schen Methode wurden folgende Degenerationen festgestellt: Absteigend waren erkrankt die Pyramidenbahnen, kurze Seitenstrangbahnen, Fasern im Gowers'schen Bündel bis ins Lumbalmark; Bündel am hinteren Septum eine kurze Strecke, die kommaförmigen Fasern eine längere Strecke weit, Fasern an der hinteren Peripherie, die dann ans Septum rücken, bis tief hinab. Aufsteigend waren degenerirt: die Goll'schen und KISB, das Gowers'sche Bündel, Fasern in beiden Pysträngen, Fasern in den Seitensträngen. Das Gowers'sche Bündel liess sich bis ins Kleinhirn verfolgen. Intra vitam fehlten, trotzdem bei hohem Sitz der Querläsion der Reflexbogen hätte frei bleiben müssen, die Patellarreflexe.

Auch in einem anhangsweise mitgeteilten zweiten Falle von Luxation im Bereich des 7. Halswirbels mit absteigender Degeneration der Pyramiden fehlten vom Beginn der Erkrankung an die Sehnenreflexe. In beiden Fällen ist die durch experimentelle Studien festgestellte Verlaufsweise des Gowers'schen Bündels ins Kleinhirn auch für die menschliche Pathologie bestätigt worden. M. Brasch.

F. Gattel, Beitrag zur Kenntnis der motorischen Bahnen im Pons. Verhandlgn. der physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg. 1895. N. F. XXIX. No. 4.

Der Verf. hat sein Thema von der anatomischen und pathologischen Seite her angefasst, indem er am normalen erwachsenen und embryonalen

und sodann am pathologisch durch sekundäre Degenerationen veränderten Hirnstamm seine Untersuchungen anstellte.

Er kommt dabei zu dem bemerkenswerten Ergebnis, dass die Gesammtheit der im Pons als Pyramiden bezeichneten Bündel keineswegs zu den motorischen Bahnen zu rechnen ist. Diese letzteren liegen lediglich in denjenigen Fasergruppen, welche der Raphe benachbart sind — ihr Volum entspricht auch etwa demjenigen im verlängerten Mark. In den übrigen Fasergruppen sind Stirnhirn- und Schläfenhirn-Brückenfasern zu erblicken, welche teils im Pons sich auffasern, teils weiter zum Kleinhirn ziehen.

M. Brasch.

St. Personali, Ein Fall von idiopathischem Zungenkrampf. Wien. klin. Rundschau 1896, No. 39.

Die 45jährige Dame, selbst nervös von Jugend auf und aus nervöser Familie stammend, war phthisisch und durch Hämoptysen und Bronchitiden körperlich sehr herabgekommen und psychisch sehr reizbar geworden. Nach einem heftigen Wortwechsel kam es zu krampfartigem Hervorstossen der Zunge aus dem Munde; so blieb die Zunge einige Minuten, alsdann wurde sie wieder ruckartig zurückgebracht. Die Anfälle kehrten täglich 7—8mal wieder. Die Zunge war tonisch kontrahirt, und zwar unter Reduktion des Querschnitts und Ausdehnung in der Längsrichtung. Am Boden der Mundhöhle war der Myolohyoidens ebenfalls kontrahirt, Zungenbein und Kehlkopf waren nach oben gezerrt. Der Anfall verschwand unter Seitwärtsbewegungen der Zunge und hinterliess Schmerzgefühl am Zungenbein und reichliche Salivation. Durch geeignete Behandlung besserten sich die Zufälle.

M. Brasch.

Fürstner, Ueber Eröffnung des Wirbelkanals bei Spondylitis und Kompressionsmyelitis. Arch. f. Psych. XXVII. (3.)

Die 35Jahre alte Patientin erlitt einen schweren Fall auf den Rücken, 6 Monate später stellten sich die Zeichen einer Myelitis ein (Paraplegie, Sensibilitätsstörungen, Störungen der Blase, erhöhte Sehnenreflexe, Cystitis, Decubitus). In der Höhe des 8.—10. Brustwirbels bildete sich ein Gibbus. Bei der Aussichtslosigkeit des Falles wurde die Trepanation gewagt, aber weder am Wirbelkanal, noch an den Häuten, noch am Mark selbst fand sich etwas Pathologisches. Nach glattem Heilungsverlauf besserten sich anfangs einzelne Symptome, die Kranke ging aber später zu Grunde. Die Autopsie deckte nun merkwürdigerweise die allerschwersten spondylitischen Veränderungen auf. Grosse Abscesse waren an die Wirbelkörper vom 6. bis 12. Brustwirbel gelagert, der 10. Brustwirbel war gänzlich, der 9. zum Teil eingeschmolzen, in anderen Wirbelkörpern fanden sich käsige Herde. Ein Rest des 9. Brustwirbels war nach hinten dislocirt, verengte den Wirbelkanal und komprimirte das Mark. Der Verf. vermag es nicht zu erklären, dass diese schweren Alterationen bei der Operation nicht aufgefunden wurden. Ihr Alter deutete jedenfalls darauf hin, dass sie nicht erst später entstanden waren. Ueber die Degenerationen in dem sorgfältig durchforschten Rückenmark s. das Original.

M. Brasch.

Digitized by Google

A. Goldscheider, Ueber den anatomischen Prozess im Anfangsstadium der multiplen Sklerose. Zeitschr. f. klin. Med. XXX.

Der Verf. konnte bei einem 22jähr. Mädchen, welches an multipler Sklerose im Anfangsstadium litt und einem intercurrenten Typhus erlag, die Sektion vornehmen. Dabei ergab sich, dass der Erkrankungsprozess in ganz unzweideutiger Weise seinen Ausgang von den Gefässen genommen hatte; dieselben waren dilatirt, ihre Adventitia mit Zellen und Detritus infiltrirt, ein frischer Herd im Rückenmark nahm deutlich einen bestimmten Gefässbezirk ein, die Erkrankung beruhte auf einem Quellungsprozess, welcher die Markscheiden ergreift und das Mark durch den Druck der einzelnen Nervenfasern gegeneinander zerstört, hierbei können auch Achsencylinder zu Grunde gehen. Das Hirn und Rückenmark zeigte übrigens neben dieser frischen Erkrankung, auf deren grosse Aehnlichkeit mit akuter Myelitis G. hinweist, eine diffuse alte Sklerose. Die Glia nimmt erst durch sekundäre Wucherung an dem Krankheitsprozesse teil. M. Brasch.

F. Blumenthal, Klinische und experimentelle Beiträge zur Kenntnis des Tetanus. Zeitschr. f. klin. Med. XXX.

Der erste Fall zeigte einen protrahirten Verlauf, es bestand u. a. Trismus und der Kranke erlag trotz künstlicher Ernährung einer Schluckpneumonie. Trotzdem schon die klinischen Erscheinungen die Vermutung nahelegten, dass das Tetanusgift sich im Laufe der Erkrankung abgeschwächt hatte, erwies sich das aus der Leiche gewonnene Serum noch als höchst virulent gegen Tiere.

Der zweite Fall, ein puerperaler Tetanus, ging trotz der Behandlung mit Heilserum zu Grunde. Hier erwies sich das sowohl intra vitam, als post mortem entnommene Blut als unwirksam.

Der Verf. benutzte beide Fälle noch zu einigen Versuchen, deren Resultate er wie folgt zusammenfasst: Das Tetanusgift ist kein Eiweisskörper, es ist in ClNa-Lösung löslich und wird, im Blute kreisend, durch das Heilserum unschädlich gemacht. Das in der Rückenmarkssubsanz enthaltene Gift ist der Heilwirkung des Serums nicht mehr zugänglich. Der Urin Tetanuskranker enthält kein Toxin in wirksamer Form. Urin nicht-tetanuskranker Tiere kann bei Mäusen und Meerschweinchen tetanusähnliche Erscheinungen hervorrufen. M. Brasch.

A. Haslund, Syphilis maligna. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. XXXVIII. S. 345.

Verf. versteht unter Syphilis maligna nur solche Fälle, bei denen kurze Zeit nach der Infektion auf einem grossen Teile der Haut aus Papeln und Pusteln, also rein sekundären Krankheitsprodukten, Ulcerationen entstehen, die mit tertiärer Syphilis gar nichts zu thun haben. Nicht ganz selten findet man daneben auch auf der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle oberflächlichere Papeln oder Geschwüre, ausserdem kommen bisweilen umschriebene Periostitiden, Iritis, heftige Kopfschmerzen vor und das Allgemeinbefinden leidet erheblich. Das hauptsächlich und am intensivsten erkrankte Organ ist aber immer die Haut; Veränderungen an den inneren

Organen, am Gefäss- und Nervensystem sind klinisch niemals nachzuweisen. Der primäre Schanker pflegt nach Sitz und Aussehen nichts Besonderes zu bieten; nach gewöhnlich ziemlich kurzer Incubation und oft ernsten Prodromen tritt dann ein sehr ausgebreitetes papulöses Exanthem auf, dessen Efflorescenzen unter Fieber bald in Pusteln übergehen, die zu Schorfen eintrocknen. Infiltrat und centraler Zerfall schreiten nun rasch peripher weiter und unter dem Schorfe bildet sich ein erbsen- bis zweimarkstückgrosses oder noch grösseres, verschieden tiefes, niemals aber die ganze Dicke der Cutis durchdringendes Geschwür, das keine Tendenz zu spontaner Heilung zeigt, bei geeigneter Behandlung aber oft überraschend schnell vernarbt. Recidive sind nicht selten, dagegen kommt ein Uebergang in das tertiäre Stadium nur ausnahmsweise vor.

Die Ursache der Syphilis maligna ist noch unbekannt; sie scheint nicht in dem Virus selbst, sondern in dem Boden, auf den dieses einwirkt, zu suchen sein. Vielleicht tritt die bösartige Form bei Personen auf, deren Vorfahren immer oder lange Zeit von Syphilis verschont geblieben waren. Was die Häufigkeit betrifft, so fand sie Verf. unter 8691 Syphilitischen des Kommunehospitals in Kopenhagen 39mal, und zwar genau in demselben Prozentsatz (0,47 pCt.) bei Männern und Frauen. Dieser Procentsatz entspricht aber nicht dem wirklichen Verhältnisse zwischen maligner und nicht-maligner Syphilis, da die mit der ersteren behafteten Kranken natürlich viel eher ins Hospital kommen, als die anderen. Die Prognose der Syphilis maligna ist bei zweckmässiger Behandlung eine gute. Für die eigentliche medikamentöse Therapie lassen sich feste Regeln nicht aufstellen. Vom Verf. wurden, allein oder in verschiedenen Kombinationen, Inunktionen, Injektionen löslicher Quecksilbersalze, Jodkalium, Sarsaparillainfus, Chinin, Eisen, Arsen angewendet. Die Geschwüre erfordern ausserdem eine entsprechende lokale Behandlung (Verbände mit 2proc. Chlorkalklösung, Lapislösung, Empl. Hydrarg.). — Zum Schluss giebt Verf. eine tabellarische Zusammenstellung seiner 39 Fälle. H. Müller.

Ad. Kozerski, Ein Fall von Hautactinomykose, mit grossen Jodkalinmdosen behandelt. (Aus dem St. Lazarushospital in Warschau.) Archiv f. Dermat. u. Syph. XXXVIII. S. 163.

Bei einer 45jährigen Frau bestand auf der linken Wange eine ausgedehnte, von Fistelgängen durchzogene Infiltration, die zunächst, zumal die Pat. an hartnäckigen, Nachts exacerbirenden Kopfschmerzen litt, für ein Spätsyphilid gehalten und dementsprechend mit Inunctionen, Jodkalium (1,0 täglich) und Empl. Hydrarg. behandelt wurde. In dem von den Fisteln abgesonderten dicken Eiter liessen sich, so lange er nur frisch und ungefärbt untersucht wurde, Pilze nicht nachweisen, wohl aber zeigten sich, als die Präparate nach GRAM gefärbt wurden, charakteristische Actinomycesfäden; andere eitererregende Bakterien waren in ihm nicht vorhanden. Die Pat. erhielt nun Jodkalium in steigenden Dosen (4,0—14,0 pro die) worauf Infiltrat und Eiterung abnahmen und schliesslich verschwanden, die Fisteln heilten und die vorher auf's Aeusserste beschränkten Kieferbewegungen wieder frei werden. Inzwischen entstand, anscheinend ohne Zusammen-

hang mit der Actinomykose, eine linksseitige Otitis media suppurativa und ein Gesichtserysipel, das zu mehrfachen Hautabscessen führte; Actinomyceselemente fanden sich weder in dem Eiter aus dem Ohre, noch in dem der Abscesse. Uebrigens hatte das Erysipel auf einige kleine, noch nicht ganz geheilte Stellen der ursprünglichen Erkrankung keinen günstigen Einfluss, im Gegenteil begannen dieselben wieder pilzhaltigen Eiter abzusondern.

Verf. empfiehlt, die Behandlung jeder Actinomykose mit der Darreichung des auch von vielen anderen Seiten erprobten Jodkaliums zu beginnen. H. Müller.

---

1) **M. Joseph,** Beiträge zur Anatomie des Lichen ruber (planus, acuminatus und verrucosus). Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. XXXVIII. S. 3.

2) **M. Dreysel,** Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Lichen ruber planus mit Arsennebenwirkungen. (An der dermatolog. Klinik zu Breslau.) Ebenda S. 33.

1) An der Hand von mikroskopischen Untersuchungen, welche er bei allen drei Arten des Lichen ruber (planus, acuminatus, verrucosus) anstellen konnte, zeigt Verf., dass sich histologisch so viele Uebereinstimmungen und Uebergänge zwischen diesen Formen finden, dass man nicht minder vom anatomischen wie vom klinischen Standpunkte aus berechtigt ist, ihre Zusammengehörigkeit zu statuiren. Auch die Unterscheidung, welche zwischen dem Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris gemacht wird, hält Verf. nach dem Ergebnisse seiner Untersuchungen für unangebracht. — Die Frage, ob beim Lichen ruber die Hyperkeratose oder die Entzündung das Primäre ist, beantwortet J. dahin, dass zuerst die von den Gefässen ausgehende Entzündung im Corium und Infiltration in den oberflächlichen Cutisschichten bestehen und erst secundär Hypertrophie der Epidermis mit Hyperkeratinisation erfolgt. — Bezüglich der histologischen Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden.

2) Bei einem 49jährigen Manne fanden sich, über den ganzen Körper zerstreut, neben typischen Lichen ruber-Knötchen äusserst zahlreiche stecknadelkopf- bis kleinlinsengrosser, schiefer- bis dunkelgraue, meist scharf begrenzte Hyperpigmentationen, sodass die schon im Allgemeinen dunkler als gewöhnlich gefärbte Haut ein auffallend scheckiges Aussehen zeigte. Ausserdem bestanden auf den Fussohlen und namentlich auf den Handtellern stecknadelkopf- bis über linsengrosse warzenähnliche Efflorescenzen, die sammt den sich in die Tiefe senkenden Epidermiszapfen mit dem Fingernagel leicht herauszuschälen waren. Dass die beim Lichen ruber ja so häufig zurückbleibenden Pigmentflecke, an denen zum Teil noch ein deutlich fühlbares Infiltrat nachzuweisen war, von dem Lichen planus abhängen, bestätigte auch die mikroskopische Untersuchung; auffallend war in dem Falle nur ihre grosse Zahl, Intensität und Beständigkeit. Auch die Depigmentationen waren offenbar aus den Knötchen hervorgegangen. Dagegen stimmten die Hyperkeratosen in Handtellern und Fussohlen ganz mit denen überein, welche von verschiedenen Autoren als Folgen interner Arsenmedikation beobachtet worden sind; gegen ihre Lichennatur sprach auch das

Digitized by Google

Fehlen von Knötchenbildung und entzündlichen Erscheinungen an den betreffenden Orten. Dass Pat. nur 5,0 Sol. Fowler genommen hatte, hindert nicht die Annahme einer Arsenwirkung, welche vielleicht auch auf die Entstehung der Pigmentationen von Einfluss gewesen ist. H. Müller.

K. Herxheimer, Ueber Impetigo contagiosa vegetans, zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Protoplasmas der Epithelzellen. Arch. f. Dermatol. und Syph. Bd. XXXVIII. S. 185.

Fungöse Wucherungen der Haut im Anschluss an Blasen- oder Pustelbildung kommen nicht nur beim Pemphygus, sondern auch bei verschiedenen anderen Dermatosen vor. Verf. beobachtete sie in mehreren Fällen von Impetigo contagiosa. Bei zweien derselben entstanden die Vegetationen nach Abfall der Krusten an der Stelle sämmtlicher Blasen; sie waren etwa $^1/_2$ cm erhaben, mattroth, von weicher Konsistenz und anscheinend von normaler Epidermis bedeckt. Bei der einen Patientin war ihre Oberfläche mit vereinzelten Pustelchen besetzt, die bald platzten und kraterförmige Excoriationen hinterliessen. In einem dritten Falle waren nur zwei Wucherungen vorhanden, deren Entstehung aus Blasen anamnestisch festzustellen war und in einem vierten nahmen sie nur theilweise die Stelle der früheren Krusten ein und boten eine glatte Oberfläche, glichen aber mehr hypertrophischen syphilitischen Papeln. Die Heilung erfolgte rasch unter Quecksilberpflastermull oder Pastenbehandlung. — Die Untersuchung einer excidirten Wucherung zeigte im Stratum subpapillare der Cutis und in den Papillen Anhäufungen von Rundzellen, durchsetzt mit Mastzellen, Erweiterung der Gefässlumina, Endo- und Perivasculitis. Besonders bemerkenswerth war in der stark verbreiterten Epidermis mitten im Rete Malpighi eine Zone, innerhalb deren nur die Zellkerne der Epithelien sich färbten, während das Protoplasma keine Farbstoffe annahm. Dieselbe, anscheinend durch das Oedem veranlasste Veränderung, fand Verf. auch beim Pemphigus vegetans, vielleicht ist sie überhaupt für Wucherungen der Haut nach Blasenerkrankungen charakteristisch. H. Müller.

Srebrny, Zur Aetiologie und Therapie der Sycosis der Oberlippe. Therap. Monatsh. 1897, No. 4.

Als Ursache hartnäckiger Sycosis der Oberlippe fand Verf. in 2 Fällen Nekrose der Siebbeinzellen, in 2 anderen Nekrose des Keilbeins. Mit Heilung dieser Affektionen verschwand auch die Sycosis. H. Müller.

L. Pincus, Ueber die Constipatio myogenita s. muscularis mulierum chronica. Archiv f. Gynäkol. Bd. 53, p. 413—476.

Die Constipatio myogenita ist dem weiblichen Geschlecht eigentümlich und an erster Stelle bedingt durch Geburtsverletzungen in der Muskulatur des Beckenbodens. Hierzu tritt eine angeborene, hauptsächlich erworbene Schwäche der Bauchpresse. Bestehen noch Erkrankungen der inneren Genitalorgane, so ist die Stuhlträgheit in der grössten Mehrzahl der Fälle

Digitized by Google

als Folge, nicht als Ursache aufzufassen; der ersten traumatischen Form steht diese als nervöse gegenüber. Allmählich entwickelt sich, besonders unter dem Gebrauche von Abführmitteln, eine Inaktivitätsatrophie des Levator ani, der durch Zerreissungen, aber auch durch ischämische Einflüsse bei der Entbindung geschädigt ist. Betastung des Levators lässt die Diagnose stellen, oft genügt schon die Beobachtung der willkürlichen, auf Aufforderung in Gang gesetzten Contractionen. Statt Hebung des Afters wölbt sich das Perineum stark vor. Ist die Integrität der Bauchpresse gestört, so kann chronische Stuhlträgheit, ist der Levator ani gleichzeitig erschlafft, so muss chron. Konstipation eintreten. Prophylaktisch sorge man für sorgfältigste Naht der Rupturen im Beckenboden durch tiefe Stiche, die die Muskeln mitfassen, ebenso für sorgsame Naht nach Laparotomie. Die Bauchdeckeninvolution wird durch eine Bauchbinde gesichert, die aber höchstens 2 Monate getragen werden soll. — Gegen Inactivitätsatrophie der Bauchdecken wird Massage, Faradisation und Heben eines mit Sand gefüllten Sackes oder einer aufgelegten Töpferthonplatte empfohlen. Die letztere kann Nachts als „Priesnitz" bleiben. Die eigentliche Therapie der Const. myogenita ist expektativ und zielt auf Entziehung der Purgantien. Die Entziehungskur darf nur vorgenommen werden, wenn keine entzündlichen Erscheinungen im Becken oder in der Umgebung des Darmes bestehen. Dies lässt sich durch Eleviren feststellen, ferner durch heisse Vaginaldouchen mit Thermometrie. Niemals soll unmittelbar vor der Menstruation begonnen werden. Bei starker Flatulenz, Indicanurie etc. soll der Darm durch Ricinus oder Kochsalzklystiere entleert und mit Kamillenaufguss irrigirt werden. Abführmittel fallen fort. Levatorübungen (s. Original), Gymnastik, Massage, aber ohne zu starke Schweissbildung, bestimmte Diätvorschriften werden ausführlich erläutert. Vor dem Gebrauch von Graham-Brot wird gewarnt. Selbst jahrelange Constipation mit Gebrauch von Abführmitteln lässt sich, wenn sie muskulären Charakters ist, in 1 bis 2 Monaten endgültig beseitigen. P. Strassmann (Berlin).

O. Piering, Erfolgreiche Laparotomie einer rupturirten Nabelschnurhernie in der ersten Lebensstunde. Prag. med. Wochenschr. 1896, No. 31.

P. beschreibt einen Fall von ungewöhnlich grosser Nabelschnurhernie mit Ruptur des Sackes und Exenteration des Darmes in's Freie, der durch Laparotomie geheilt wurde. Die Operation, welche durch Prof. BAYER ausgeführt wurde, empfahl P., weil die Reposition des Bruchinhalts wegen der Enge der Bruchpforte nicht gelang. Die Heilung erfolgte prima intentione. Es ist dies nach P.'s Zusammenstellung der dritte Fall von Laparotomie in der ersten Lebensstunde; einzig steht er aber deshalb da, weil er durch Ruptur des Bruchsackes complicirt war. Die Ruptur des Bruchsackes beim Nabelschnurbruch will P. als Indikation zur Laparotomie aufgestellt haben.

In der Arbeit werden ferner noch die verschiedenen bisher üblichen Behandlungsmethoden der Nabelschnurbrüche besprochen. Es kommen, abgesehen von der Laparotomie, noch in Betracht:

Digitized by Google

1. die expektative Behandlung,
2. die einfache oder perkutane Ligatur des Fruchtsackes,
3. die Olshausen'sche extraperitoneale Methode. A. Martin.

H. J. G. Leask, Puerperal fever treated by antistreptococcus serum. Brit. med. journ. 1896, No. 1851.

23jährige, durch Zange entbundene I para erkrankte am 6. Tage post partum mit Schüttelfrost. Keine Schmerzhaftigkeit des Leibes. Lochien nicht übelriechend. Scheidenausspülungen und Chinin wurden angewendet. Am 10. Tage post partum bei einer Temperatur von 40,3 C. Verabfolgung von 4 ccm Antistreptococcenserum, darauf Temperaturabfall und Besserung mit Ausgang in Genesung. A. Martin.

H. A. Kelly, The treatment of large vesico-vaginal fistulae. John Hopkins Hospital Bull. 1896. Vol. VII. No. 59/60. Febr.-March.

Verf. bespricht die verschiedenen zur Schliessung von Vesico-Vaginal-Fisteln angegebenen Methoden und beschreibt dann ein Verfahren, durch welches es ihm gelungen ist, in einem Falle eine sehr grosse Vesico-Vaginal-Fistel zum Verschluss zu bringen. Er frischte die Fistelränder trichterförmig an, löste aber die Blase nur an der oberen Seite hinauf bis zur Plica vesico-uterina und schliesst die Fistel durch Herabziehen der so gelockerten Blasenwand und Vernähung der Wundränder durch Knopfnähte nach Art der Lambert'schen Darmnaht. In jeden der Ureter wurde für 3 Tage eine Verweilkatheter eingelegt. Dem kurzen Aufsatz sind gute Abbildungen beigegeben. A. Martin.

Mehler, Ueber Infiltrations-Anästhesie. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 45/46.

Dass die Schleich'sche Infiltrations-Anästhesie — die durch Injektionen mit einer Kochsalz-Morphium-Cocaïn-Lösung von bestimmter, den einzelnen Geweben angepasster Concentration (3 verschiedene Stärkegrade werden unterschieden) bewirkte Oedemisirung der Gewebe — noch nicht die Verbreitung gefunden hat, die sie ihrer grossen Vorzüge wegen verdient, liegt an der durch äussere Umstände so ziemlich verunglückten Demonstration auf dem Chirurgen-Kongress in Berlin 1892, sodann auch an den Schwierigkeiten der Technik.

Des Verf.'s Erfahrungen mit der Methode, die von ihm, durch einige Abänderungen im Instrumentarium u. s. w. modificirt, in 250 Fällen von grösseren und kleineren Operationen bisher erprobt wurde, sind höchst erfreuliche.

Schwerere Exstirpationen von Tumoren im Gesicht, bei denen sonst vorherige Tracheotomie und Luftröhrentamponade nicht zu umgehen ist, besonders aber Herniotomieen, Kolporrhaphieen, Ventrifixationen des Uterus, Ovariotomieen verliefen viel leichter und für Operateur und Patienten angenehmer als in Narkose. Am häufigsten hat der Verf. die neue Methode

bei der Unterbindung der Vena saphena nach Trendelenburg und bei Hauttransplantationen angewendet. Als besonderen Vorzug rühmt der Verf. neben dem Wegfall der Gefahren der Narkose das Ausbleiben stärkerer Blutung bei der Lösung von Schleimhautlappen, z. B. bei der Kolporrhaphie, ferner die Leichtigkeit, mit der die Gewebe in der Wunde unterschieden werden können, und Geschwülste aus ihrer Umgebung sich herausschälen lassen. Die Schmerzlosigkeit ist auch bei empfindlichen oder tiefliegenden, schwieriger zugänglichen Geweben eine vollkommene, sobald nur langsam und schichtenweise vorgegangen und vermieden wird, in noch nicht infiltrirtes Gewebe zu schneiden. A. Martin.

Grusdew, Zur Statistik der Geburten nach Antefixatio uteri. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 46.

In der Kieler Klinik und der Privatpraxis von Werth wurde die operative Behandlung der Uterusretroflexion im Ganzen in 190 Fällen vorgenommen.

In der Gruppe der 86 Fälle, bei denen die Ventro-, Vesico- und Ventrovesicofixation ausgeführt wurde, konnte das Operationsresultat bei 50 Pat. verfolgt werden. Es ergab sich kein Recidiv, 4 Schwangerschaften, von denen zwei bereits mit normalen Geburten endigten.

Von den 54 nach Alexander operirten Patientinnen wurden 41 weiter beobachtet. Es traten unmittelbar nach der Operation 2mal ein Recidiv, 15mal Conception ein. Die weiterhin nach der Operation festgestellten 23 Schwangerschaften endigten in zwei Fällen mit Abort, 3mal mit Frühgeburten und 18mal mit rechtzeitigen Geburten. In einem Fall schloss sich an die Geburt im Gefolge eines Prolapses der Vagina ein Recidiv an.

Von den übrigen Fällen wurden 29 nach Mackenrodt, 21 nach Dührssen operirt und 17 bezw. 15 weiter verfolgt. Es kamen auf die Operation von Mackenrodt 5 Recidive, 3 Schwangerschaften mit 1 Recidiv nach der Geburt, auf die von Dührssen 1 Recidiv und 1 Schwangerschaft, die nach 2 Monaten zu einem Recidiv und Abort führte.

Verfasser kommt zu dem Schlussurteil, dass bei keiner der angewandten Methoden Schwangerschafts- und Geburtsstörungen zu befürchten sind. Speziell verspricht die in 66 Fällen ausgeführte Werth'sche Ventrovesicofixation gute Resultate, vorausgesetzt, dass bei der Bildung des Septums in der Fossa vesico-uterina bloss Blasenperitoneum gefasst wird, und bei der Fixation des Uterus an die Bauchdecken und bei der Bauchnaht der präperitoneale Raum frei gelassen wird. Allerdings ist diese Operation als eine relativ schwere nur bei fixirter Retroflexion oder bei complicirenden Adnexerkrankungen, die an sich die Laparotomie verlangen, angezeigt.

Für leichtere Fälle, also bei mobilem Uterus, kommt die Alexander'sche Operation in Betracht, die vor der Vaginofixation Dührssen's und Mackenrodt's die Sicherheit des dauernden Erfolgs voraus hat.

Gerade durch die Vorsichtsmassregeln, die man bei der Vaginofixation trifft, um Schwangerschafts- und Geburtsstörungen aus dem Wege zu

Digitized by Google

gehen — nämlich durch das Freilassen des oberen Teils des Corpus und die frontale Nahtvereinigung des Dührssen'schen vaginalen Querschnitts —, wird der Eintritt der Recidive erleichtert. A. Martin.

Hochstetter, Bericht über das Jahr vom 1. April 1893 bis 31. März 1894. Aus der geburtshülflichen Klinik (Prof. Gusserow). Charité-Annalen. 1895. S. 499.

Im Berichtsjahr wurden 1794 entbunden. Davon starben 6 = 0,33 pCt. und es erkrankten 102 = 5,68 sämmtlicher Wöchnerinnen. Von Schwangerschaftsstörungen kamen 7 Aborte und 89 Fehlgeburten vor. 16mal wurde Schwangerschaftsniere, 4mal chronischo Nephritis, 10mal Hydramnion, 3mal Chorea gravidarum, 2mal übermässiges Erbrechen und 1mal Bildungsfehler des Uterus, Uterus bicornis mit Vagina duplex, beobachtet.

Von den 1802 Kindern wurden 1634 lebend und 168 tot geborcn. — 1632 Schädellagen, 8 Hinterscheitelbeineinstellungen, 10 Gesichts- und 1 Stirnlage. 84 Beckenendlagen und 18 Qnerlagen kamen vor.

Gebnrtsstörungen: 51mal Wehenschwäche, 58 Gebnrten bei engem Becken, 2mal vorzeitige Placentarlösung, 5mal Placenta praevia, 19mal Vorfall und Vorliegen der Nabelschnur, 30mal Eclampsie — die grösste Anzahl, wie in früheren Jahren, im Monat Juli.

Kunsthülfe war notwendig: 100mal Forceps, 43mal Wendung, 7mal Perforation, 5mal Accouchement forcé und 7mal künstliche Frühgeburt.
W. Schülein.

P. Ruge, Zur Behandlung des Pruritus vulvae. Berl. klin. Wochenschrift 1896, No. 18.

Wenn der Verfasser auch nicht leugnen will, dass es Fälle von Pruritus vulvae geben kann, die rein nervöser Natur sind, so hat er doch den Pruritus nur als Folge von örtlichen Reizzuständen gesehen, als Folge eiuer Krankheit der äusseren Genitalien, der Vagina und der Portio.

Als Heilmittel empfiehlt Verf. äusserste Sanberkeit, Waschnngen der äusseren Genitalien und der Vagina mit Sublimatlösung so lange, bis man den Eindrnck hat, dass alle pathogenen Stoffe beseitigt sind. Er hält es für wichtig, dass der Arzt selber diese Auswachungen macht nnd in Zwischenräumen von drei bis vier Tagen bis zur Heilung von Neuem aufnimmt. Nach dieser Reinigung werden die kranken Stellen mit 3—5proc. Karbolvaselin bestrichen.

Dieselbe Behandlnngswcise empfiehlt der Verfasser anch bei frischen Gonorrhoen. W. Schülein.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 7. August. No. 32.

Inhalt: Thesen, Verhalten des Phenylglycins und der Phenylglycincarbonsäure im Organismus. — Eschle, Ueber den Jodgehalt einiger Algenarten. Strauss, Einwirkung des kohlensauren Kalks auf den Stoffwechsel. — Nichols, Ueber Gallenfarbstoffreaktionen. — Stein, Sulfosalicylsäure als Eiweissreagens. — Abelous, Bestimmung der reducirenden Substanzen in den Organen. — Koslowski, Fall von Hodensack-Teratom. — Trapp, Medico-mechanische Behandlung. — Baëra, Kopfstein, Fälle von Aneurysmen. — Petersen, Schiefgeheilte Vorderarmbrüche. — Ménard, Die Callot'sche Behandlung des Buckels. — Stölting, Fall von Retinitis haemorrhagica mit Glaukom. — Cassedebat, Membranöse Angina. — Compaired, Neue Behandlung der Ozaena. — Cohnstein, Therapeutische Anwendung von Milzextrakt. — Hill, Fall von Carbolsäurevergiftung. — d'Astros, Gehirnsklerose und Hydrocephalus. — Fränkel, Pathologie und Therapie der Aortenaneurysmen. — Günzburg, Zur Therapie der Enteroptose. — Kausch, Diabetes mit verlangsamter elektrischer Reaktion. — Marschner, Fälle von recidivirender Tetanie. — Placzek, Uncomplicirte Serratuslähmung. — Nonne, Eigentümliche Coordinationsstörung. — Kam, Folgezustände von Grosshirnherden. — Lukasiewicz, Intramuskuläre Sublimatinjektionen. — Krefting, Bacillus des Ulcus molle. — Knapp, Das Phonendoskop in der Geburtshülfe. — Kerry und Rost, Wirkungen des Natriumchlorats.

J. Thesen, Ueber Phenylglycin und Phenylglycin-o-Carbonsäure und ihr Verhalten im Tierkörper. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXIII. S. 23.

Aus der in der Technik bei der Fabrikation von Indigo benutzten Phenylglycin-o-Carbonsäure erhielt Verf. durch Schmelzen mit Kalihydrat Indoxylkali und aus diesem durch Behandlung mit pyroschwefelsaurem Kali indoxylschwefelsaures Kali; die Ausbeute ist jedoch gering und das Gelingen auch von nicht zu übersehenden Zufälligkeiten abhängig. Im Organismus bildet sich aus der Phenylglycincarbonsäure, welche von Kaninchen und Hunden gut vertragen wird, keine Indoxylschwefelsäure und der Harn enthält die unveränderte Säure. Dieselbe verhält sich somit ganz anders, als die nahe verwandte Orthonitrophenylpropiolsäure, welche nach G. Hoppe-Seyler im Organismus reichlich Indoxylschwefelsäure bildet und von Hunden gut, von Kaninchen dagegen sehr schlecht vertragen wird. — Auch Phenylglycin, aus welchem sich gleichfalls beim Schmelzen mit Kali-

hydrat Indoxyl bildet, wenn auch nicht so reichlich, bildet im Organismus keine Indoxylschwefelsäure und ist ziemlich stark giftig. Ausserdem beschreibt Vf. ein Indoxyldibenzyl $C_{22}H_{19}NO$, durch Einwirkung von Benzoylchlorid auf die Schmelze der Phenylglycincarbonsäure erhalten.

E. Salkowski.

Eschle, Ueber den Jodgehalt einiger Algenarten. Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S. 30.

Ausgehend von der Wirksamkeit des Fucus vesiculosus gegen Kropf und Fettsucht, von welcher sich Vf. nach dem Vorgange französischer und englischer Aerzte überzeugt hat, hat Verf. untersucht, ob dieser und die Laminaria digitata organische Jodverbindungen enthält. Es ergab sich, dass im Fucus vesiculosus, welcher ca. 0,02 pCt. Jod, als Jodkalium berechnet, enthält, eine in Wasser und Alkohol lösliche organische Jodverbindung enthalten ist. Aus der getrockneten, nicht aufgeweichten Pflanze gehen jedoch nur kleine Mengen der Jodverbindung in den Alkohol über.

Auch in der Laminaria digitata fand sich das Jod fast ausschliesslich in organischer Form, und zwar schienen hier verschiedene Jodverbindungen vorzuliegen, solche, welche in Lösungsmitteln wie Wasser, Alkohol, Aceton, verdünnten Alkalien, verdünnten Säuren löslich sind, und solche, welche hierin unlöslich sind. Die letzteren bilden die grössere Quantität. Der Jodgehalt im Ganzen erwies sich als weit höher, als man bisher annahm. Er schwankte für die Laminariastifte von 0,25—0,13 pCt., im Mittel 19 pCt., für die bei der Bearbeitung abfallenden Spähne zwischen 0,368 und 0,754 pCt., betrug im Mittel 0,59 pCt.

E. Salkowski.

J. Strauss, Ueber die Einwirkung des kohlensauren Kalkes auf den menschlichen Stoffwechsel. Ein Beitrag zur Therapie der harnsauren Nierenkonkretionen, nebst Bemerkungen über Alloxurkörperausscheidung. Zeitschr. f. klin. Med. XXXI. S. 493.

Der kohlensaure Kalk übt auf die chemischen Vorgänge im Tierkörper eine Reihe von Wirkungen aus, die in Aenderungen der Zusammensetzung des Harns und zum Teil der Fäces zum Ausdruck kommen. Die Natur dieser Aenderungen ist derart, dass man sich veranlasst fühlen kann, den kohlensauren Kalk gegen pathologische Harnsäure-Ausscheidung zu verwerten. Verf. hat deshalb an zwei gesunden Individuen in je einem 43-tägigen Stoffwechselversuche genauer den Einfluss desselben auf die Harnzusammensetzung studirt. Die Nahrung war stets die gleiche, genau zugewogene. Nach 7 Vortagen begann die Kalkzufuhr, die bis 30 g täglich stieg, dann wieder auf null vermindert wurde. Bestimmt wurde die Gesammtphosphorsäure und das Mononatriumphosphat, meist auch der Kalkgehalt des Harns; an einigen Tagen die Gesammtschwefelsäure- und Aetherschwefelsäure-Ausscheidung; endlich die Menge der Alloxurkörper, der Harnsäure und des Gesammtstickstoffs.

Zunächst fand sich unter Kalkzufuhr eine Herabsetzung der Phosphorsäure-Ausscheidung durch den Harn bis über 50 pCt., wobei ein Parallelismus mit der Grösse der Kalkzufuhr nicht zu bestehen scheint. Nach Aus-

setzen des Kalkes nimmt allmählich die Phosphorsäure wieder zu. Die Herabsetzung der P_2O_5 erfolgt wesentlich auf Kosten des Mononatriumphosphates; das Dinatriumphosphat sank gleichfalls meistens, aber in geringerem Maasse. Dadurch nimmt die Acidität des Harnes ab, nie aber kam es zu alkalischer Reaktion desselben. Die Kalkmenge des Harns nahm unter der Kalkzufuhr zu, jedoch in viel geringerem Maasse als die Zufuhr, so dass das Maximum der Kalkausfuhr nur ca. das Doppelte der normalen betrug (im ersten Fall 0,502 gegen 0,288 g, im zweiten 0,616 gegen 0,270 g bei 26 bezw. 22 g pro die). — N-Ausscheidung, Alloxurbasen- und Harnsäure-Ausscheidung waren nicht deutlich geändert, speziell ging mit der verminderten Harnacidität nicht immer eine vermehrte Basenausscheidung einher. Die Aetherschwefelsäuren waren in der Mehrzahl der Fälle unerheblich gesteigert. In zwei Versuchen war die harnsäurelösende Eigenschaft des Harns unter Kalkgebrauch erhöht. Letzteres wie die oben erwähnte Thatsache, dass der Harn nicht alkalisch wurde, hält Verfasser therapeutisch für besonders wichtig, da neben Erschwerung des Ausfallens von Harnsäure die an alkalische Reaktion geknüpfte Gefahr des Ausfallens von Phosphaten vermieden ist, ebenso wie die von kohlensaurem Kalk. Verf. empfiehlt daher 2—4 Messerspitzen kohlensauren Kalkes täglich zur Hintanhaltung von Nieren- resp. Harngries und von Nierenkoliken. Versuche an 7 Kranken mit Nephrolithiasis zeigten ähnlich günstige Veränderungen der Harnzusammensetzung wie bei den Gesunden.

Endlich die Alloxurkörperausscheidung blieb bei den beiden Versuchsindividuen ziemlich ungeändert, während das Verhältnis von Alloxurbasen zu Harnsäure ziemlich starke, aber unregelmässige Schwankungen zeigt. Bei Nephrolithiasiskranken fanden sich in gleichen Grenzen liegende Schwankungen; ein typisches Abweichen von der Norm, wie Kolisch, konnte Verfasser nicht konstatiren. A. Loewy.

J. B. Nichols, Notes on the reactions and tests of bile pigments in urine and other organics fluids. The med. News 1896, No. 26.

Untersuchungen über die Farbenveränderungen, die unter Benutzung oxydirender Mittel an der Galle oder gallenfarbstoffhaltigen Flüssigkeiten durch Oxydation des Bilirubins auftraten. Es handelt sich um dieselben, mehr oder minder schnell ablaufenden Farbentöne, die bei der Gmelin'schen Reaktion zur Beobachtung kommen, wenn man eine frischbereitete Mischung gleicher Teile reine Salpetersäure und Salzsäure benutzt oder Wasserstoffsuperoxyd.

Sehr schön sind die Farbenänderungen, wenn man gallenfarbstoffhaltige Flüssigkeiten mit Wassersuperoxyd und concentrirter Lösung von Bromnatrium mischt und schnell etwas Salz-, Salpeter oder Schwefelsäure hinzufügt. Man erhält zuerst einen grünen, dann blauen, purpurnen, gelben Farbenton. A. Loewy.

R. Stein, Sulfo-salicylic acid as a reagent for albumin in urine (The „Sulpho-Test"). Med. Record 1897. p. 88.

Stein empfiehlt die schon von anderer Seite benutzte Sulpho-Salicylsäure zum Eiweissnachweis im Harn als bequemer und schärfer, als die gewöhnlich benutzten Reagentien. — Er setzt dem, event. filtrirten Harn einige Krystalle derselben zu (ein Ueberschuss schadet nicht) und schüttelt. Bei geringen Eiweissmengen Opalescenz, bei grösseren flockiger Niederschlag. Gefällt werden Eiweisse, Albumosen, Peptone. Beim Kochen bleibt nur Eiweiss unverändert, die Eiweissabkömmlinge lösen sich. — Mucin und Nucleoalbumin wirken in der minimalen Menge, in der sie sich etwa im normalen Urin finden, nicht als Reagens; sind sie jedoch bei Affektionen des Genitalapparates vermehrt, so geben auch sie eine Opalescenz.

A. Loewy.

J. E. Abelous, Dosage des matières extractives réductrices dans les organes. Arch. de physiol. 1897. p. 1.

Verf. sucht die Menge der reducirenden Substanzen in den Organen zu bestimmen durch die Reduktionskraft ihrer alkoholischen Auszüge, d. h. durch die Sauerstoffmenge, die diese zu ihrer Oxydation brauchen. Gewogene Mengen der Organe werden zerkleinert, mit dem 4—5fachen ihres Gewichts Alkohol 48 Stunden macerirt, der alkoholische Auszug zum Trocknen eingedampft und der Rückstand in Wasser gelöst. In dieser Lösung wird die zur Oxydation nötige Menge Sauerstoff nach Richet (mit Bromwasser und Zinnchlorür) bestimmt.

Am stärksten reducirt Leber (100 g brauchen 0,136 g O), dann der Herzmuskel, weniger die übrigen quergestreiften Muskeln (0,117 : 0,109 g). Es folgen Niere, Hirn, Milz. Am wenigsten O brauchen Magen und Pankreas. Auszüge aus Muskeln, die thätig gewesen sind, brauchen mehr als die aus ruhenden, diese mehr als die aus gelähmten. Solche aus Blut von Tieren, deren Muskeln tetanisirt waren, brauchen mehr O, als solche von ruhenden Tieren.

A. Loewy.

B. Koslowski, Ein Fall von Hodensack-Teratom. Virchow's Arch. Bd. 148. S. 36.

Aus dem Hodensack eines $1^3/_4$ Jahr alten Knaben wurde eine pflaumengrosse, mit den Hoden nicht zusammenhängende, von einer fibrösen Kapsel umgebene Geschwulst entfernt. Sie bestand aus zahlreichen Cysten mit gallertigem und serösem Inhalt, zwischen denen Knorpelkörner sichtbar waren. Ein Teil der Cysten hatte die Struktur der Rektumschleimhaut mit tuberkulösen, von hohem Cylinderepithel bedeckten Drüsen. Andere Cysten zeigen Papillen mit cylindrischem Flimmerepithel; der Inhalt zeigt Analogie zu embryonalem Bindegewebe. Dann kamen Cysten mit deutlicher Membrana propria und einschichtigem Plattenepithel, ferner Cysten mit der Struktur der Haut. Eine Cyste erinnert der Struktur nach an einen Graaf'schen Follikel. Von Teilen, die Analogie mit der Struktur complicirterer Organe darbieten, steht eine, das Bild eines embryonalen Herzens darbietende Partie obenan. Inseln von Fettgewebe und Knorpelkörnern liegen im Stroma, ferner glatte und quergestreifte Muskelfasern,

ganglienförmig gelagerte Nervenzellen. Man findet gleichsam einen Embryo, dessen sämmtliche Teile sich vermischt haben und in den ersten Entwicklungsstadien stehen geblieben sind.

Von analogen Teratom-Fällen sind die von FREYER und von BROËR und WEIGERT bemerkenswerth. M. Rothmann.

Trapp, Praktische Erfahrungen aus dem medico-mechanischen Institut der chirurgischen Klinik zu Greifswald (Prof. HELFERICH). D. militärärztl. Zeitschr. 1896. (7.)

Das Unfallsgesetz hat in der genannten Klinik dazu veranlasst, behufs frühzeitiger mechanischer Nachbehandlung neben den allgemein bekannten Vorrichtungen (Hanteln, Armstärker, Ruderapparat, GÄRTNER's Ergostat, Rundhölzer verschiedener Stärke behufs Uebung des Zugreifens und Fingerschliessens, Tragen von mit Sand gefüllten Weinflaschen, Stabübungen, passive Bewegungen und Massage) auch die Krukenberg'schen Pendelapparate, den Zander'schen Apparat für Hand- und Fingerbeugung und einen ebensolchen von ROTHENBERG zu verwenden. KRUKENBERG's pendelnder Sitz, der Universalapparat, die betr. Handapparate, ein Apparat mit Pendel für Fingerbewegungen, ein solcher für Knie resp. Fuss, und endlich Apparate für Bewegungen in der Hüfte werden zum Teil abgebildet und näher beschrieben, bezw. ihre Anwendungsweise in einzelnen Fällen beschrieben. — Die Ergebnisse werden in den folgenden Sätzen zusammengefasst:

1. Selbst bei beschränkten Mitteln und Räumlichkeiten lässt sich durch die Krukenberg'schen Pendelapparate eine medico-mechanische Einrichtung schaffen, ausreichend für Behandlung chirurgischer Nachkrankheiten, sofern sie die Bewegung der Organe betreffen und frühzeitig zur Behandlung kommen.

2. Die Behandlung mittelst der Apparate allein genügt nicht, Massage, Gymnastik, passive Bewegungen etc. müssen noch nebenher gehen.

3. Bei den meisten Verletzungen kann mit der mechanischen Nachbehandlung schon sehr früh begonnen werden.

4. Bei jugendlichen Personen werden schnellere Erfolge erzielt als bei Erwachsenen, bei denen selbst geringfügige Kontraktionen der Behandlung manchmal unüberwindlichen Widerstand entgegensetzen.

5. Bei vorsichtigem Beginn der Bewegungen mit geringer Ausschlagsgrösse sind keine oder geringe Schmerzen vorhanden, ein guter psychischer Einfluss wird dadurch auf die Kranken ausgeübt, die mit Ausdauer und gern sich der Bewegungskur entziehen. Die passive Beweglichkeit geht der aktiven voraus (Bestätigung der Beobachtung KRUKENBERG's).

6. Wiedereintritt voller Beweglichkeit braucht nicht immer zur Entlassung abgewartet zu werden; ein gewisser Teil derselben, ohne dass Schmerzen in den beteiligten Gelenken auftreten, muss gefordert werden, damit nicht erneute Kontrakturen auftreten. Ist die Beweglichkeit in dem eben angeführten Maasse vorhanden, so wirkt die Arbeit als Heilmittel weiter.

Digitized by Google

7. Die medico-mechanische Behandlung ist nur unter ärztlicher Aufsicht zulässig; dies gilt ganz besonders von der Frühbehandlung.

8. Die Grenzen, innerhalb deren in Narkose vorgenommene passive Bewegungen möglich sind, entsprechen ungefähr der Grenze der aktiven Beweglichkeit, die durch die mechanische Behandlung zu erzielen ist.

P. Güterbock.

---

1) **Ch. E. Baéra** (Haag), Ein Unicum auf dem Gebiete des traumatischen Aneurysma. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 3.

2) **W. Kopfstein,** Ein Beitrag zur Exstirpation peripherer Aneurysmen. (Aus der böhmischen chir. Klinik des Prof. Maydl in Prag.) Wiener klin. Rundschau 1896, No. 11—17.

1) Betrifft einen 52jähr., dem Abusus nicotianus ergebenen Patienten, welcher bei einem Fall einen starken Stoss auf die Brust erhalten hatte. Vier nach Photographieen wiedergegebene Abbildungen veranschaulichen das Wachstum der zur linken Seite des Sternum sich entwickelnden pulsirenden Geschwulst innerhalb dreier Jahre bis zu einer Höhe von $9^1/_2$ cm und einem Umfang von 28 cm in Form eines Kegels, dessen Spitze stark bläulich verfärbt ist. Der Tumor ist völlig mit der Haut verwachsen, mit dem Herzen, dessen Töne normal, synchronisch pulsirend. Radialpuls beiderseits normal; Euphorie.

2) Monographische Darstellung, begleitet von zahlreichen Operationsgeschichten und einer tabellarischen Uebersicht, gestützt auf 86 Fälle von durch Exstirpation behandelten Aneurysmen, darunter 7 aus der in der Ueberschrift genannten Klinik. Die Methode der Exstirpation verdient den Vorzug vor anderen Methoden, weil sie in den allerseltensten Fällen zur Entstehung von Nachblutungen oder Gangrän führt. Von den 86 Fällen sind 59 traumatische, 27 spontane Aneurysmen, auf diese kommen 2, auf jene 14 Fälle von Aneurysma arterio-venosum. Es starben 3 = 3,4 pCt. Mortalität, darunter 2 an Blutung während der Operation, bezw. an Nachblutung, 1 an Gangrän nach Verweigerung der Amputation.

P. Güterbock.

F. Petersen, Ueber schief geheilte Vorderarmbrüche. Münch. med. Wochenschrift 1897, No. 4.

Aus Verf.'s gemeinsam mit seinem Schüler Döring an einer Anzahl von schief geheilten Vorderarmbrüchen aus der Kieler chir. Poliklinik gemachten Beobachtungen geht hervor, dass sich Knickungen nach Vorderarmbrüchen ohne weiteres Zuthun von selbst im Laufe der Zeit ausgleichen, so lange das Individuum sich noch in der Wachstumszeit befindet, und zwar um so leichter und rascher, je jünger das Individuum, je stärker dementsprechend das Wachstum ist.

Von 29 Patienten mit solchen zur Nachuntersuchung gelangten Brüchen standen 20 im ersten, 6 im zweiten und 3 im vierten Jahrzehnt. Unter den 20 Patt. des ersten Jahrzehnts bestand nur bei einem zur Zeit des Bruches 5jährigen Knaben noch nach 3 Jahren eine geringe, nicht auffällige Knickung, in den übrigen fehlte jede Spur einer solchen, obgleich dieselbe in einigen zunächst sehr erheblich gewesen war. Von den sechs

Fällen des 2. Jahrzehnts hatte sich ein im 11. Jahre stehender Knabe kurz hintereinander an zwei verschiedenen Stellen den Vorderarm gebrochen; nach zwei Jahren schon war der Ausgleich nahezu vollkommen; bei einem 13jährigen Knaben war ein solcher 3 Jahre später „nicht ganz vollständig"; bei einem 16jähr. Knaben war nach 3 Jahren „nur eine geringe Difformität" vorhanden. In den 3 Fällen aus dem 4. Jahrzehnt war bei der späteren Nachuntersuchung kein oder ein nur geringer Ausgleich eingetreten.

Im Allgemeinen war die Knickung nach drei Jahren verschwunden, in mehreren Fällen bei Kindern im Alter von 2—8 Jahren bereits nach zwei Jahren. In einem Falle bei einem 4jähr. Knaben war ein Vorderarmbruch ohne Behandlung geblieben und mit sehr starker Knickung geheilt. Die angeratene Osteoklasie wurde verweigert. Bei der Untersuchung nach 11 Jahren war die Knickung vollständig verschwunden.

Joachimsthal.

Ménard, Du redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott. Gaz. hebd. 1897, No. 43.

Verf. wendet sich in diesem Artikel mit aller Schärfe gegen die Behandlung der Pott'schen Kyphose mit der Methode Calot's. Diese letztere besteht darin, dass durch direkten, gewaltsamen Druck auf den Buckel, bei gleichzeitiger Extension an den oberen und unteren Extremitäten, die Deformität in einer einzigen oder successive in mehreren Sitzungen ausgeglichen wird. Auf Grund von anatomischen Präparaten und Leichenversuchen weist M. die Gefährlichkeit und Unsicherheit des Calot'schen Verfahrens nach. Bei dem Redressement entsteht an der Vorderseite der Wirbelsäule ein Defekt zwischen den gesunden Segmenten der Wirbelsäule; der Defekt entspricht den durch den tuberkulösen Prozess zerstörten Wirbelkörpern und erreicht bisweilen eine Höhe von 6 cm; seine Grösse richtet sich nach der Zahl der zerstörten Wirbel. Dieser Defekt, diese Höhle wird nun bei dem Redressement mit tuberkulösen Sequestern, mit käsigen Massen etc. ausgefüllt, die zu einer Neuinfektion Gelegenheit geben können; gelegentlich kann auch das schützende Periost an der Vorderfläche bei den gewaltsamen Manipulationen einreissen und so eine direkte Infektion des Mediastinums zu stande kommen.

Verf. hält einen knöchernen Ersatz des grossen Defekts für sehr unwahrscheinlich; wenn überhaupt eine Heilung zu stande kommt, dann wird es sich meist um fibröse Verbindungen handeln; der Erfolg ist damit gleich null; der Buckel wird sich wieder einstellen. M. meint, dass von Calot's Fällen keiner wirklich geheilt sei.

Auf Grund derselben Demonstration schloss sich in der Société de chirurgie (Gaz. médicale de Paris 1897, 15. Mai) eine Diskussion an, an welcher sich Brun, Michaux, Pocrier und Broca beteiligten. Diese Autoren verhalten sich nicht so pessimistisch dem Calot'schen Verfahren gegenüber; sie empfehlen vielmehr, die Methode in frischen Fällen möglichst vorsichtig zu versuchen.

Borchardt (Berlin).

Digitized by Google

Stölting, Ueber Retinitis haemorrhagica mit nachfolgendem Glaukom. v. Graefe's Arch. f. Ophthalm. XLIII. (2.) S. 306.

St. berichtet über einen Fall von Retinitis haemorrhagica bei einer 65jährigen Frau mit nachfolgendem Glaukom, bei welchem zunächst die Iridectomie, später die Enucleation ausgeführt werden musste. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Bulbus fanden sich die Venen frei, die Arterien aber in Form einer chronischen Endarteriitis mit Degenerationsprozessen ergriffen. Dass dabei Blutungen vorkommen, versteht sich von selbst. Die Erkrankung kann eine primäre sein (Arteriosklerose) oder sie ist die Folge anderweitiger Störungen. Es kann sich um eine partielle Embolie der Centralarterie handeln, was hier mit aller Wahrscheinlichkeit zutreffen dürfte. Aus den intakten Arterienästen tritt dabei Blut rückläufig in die Venen des verstopften Bezirkes und von hier in das Gewebe über. Der Umstand, dass Blutungen, die ja nicht immer bei Embolie vorkommen, hier sich wie bei der Vena centralis zeigen, dürfte auf das Alter und auf eine Blutveränderung zurückzuführen sein. Was das Hinzutreten glaukomatöser Erscheinungen anlangt, so beruhen dieselben infolge der Anwesenheit der Blutungen im Auge auf einer Veränderung der Zusammensetzung der Lymphe, welches Verhalten die Bahnen derselben schädigt und dadurch die Drucksteigerung hervorruft. Horstmann.

P. A. Cassedebat, Des angines couenneuses non diphthériques. Arch. gén. de méd. 1897, avril.

Verf. hat alle Fälle von häutiger Angina nicht-diphtherischer Natur, die vom Januar 93 bis Sept. 94 bei den Soldaten einer Kaserne (II. Znaven-Regiment) vorkamen, gesammelt, die falschen Membranen auf ihre Organismen untersucht und den allgemeinen und lokalen Ursachen der Erkrankung, den individuellen Bedingungen, unter denen dieselbe entstand, nachgeforscht. Die Untersuchung der pathologischen Exsudate mit dem blossen Auge gestattet keine Unterscheidung, auch die lokalen und allgemeinen Symptome sind nicht verschieden in der ersten Periode, um zwischen diphtherischen und nicht-diphtherischen Anginen zu unterscheiden. Dagegen ist auf die Dauer ein Zweifel nicht möglich, da die letzteren sich durch die äusserst rapide Entwickelung der falschen Membran unterscheiden, welche keine Tendenz zum allgemeinen Zusammenfliessen hat, und fernerhin die Gutartigkeit der Erkrankung (?). Die meist vorkommenden Mikroorganismen waren Streptococcen, auch Pneumococcen und Staphylococcen kamen vor, meist in Verbindung mit Saprophyten, wie den Bac. pseudodipht., Staphylococcus albus etc. Wenn auch die Krankheit eine contagiöse ist, so scheint sie doch in der Armee nicht so leicht übertragbar zu sein, wie die Verteilung der vom Verf. beobachteten 134 Fälle zeigt. Dagegen sind die Temperaturverhältnisse, namentlich die plötzlichen Witterungswechsel, auch bei diesen Beobachtungen von besonderem Einfluss. Von Dezember bis Mai kamen die meisten Erkrankungen vor. Auch ist die Prädisposition, besonders die individuelle, von besonderer Bedeutung. W. Luhlinski.

Digitized by Google

Compaired, Le nouveau traitement de l'ozène. Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. 1897, No. 5.

Nach dem Vorgange von Belfanti, della Vedora und Gradenigo rühmt auch Verf. die Serumtherapie bei der Ozaena. Er hat bisher 27 Kranke behandelt. Die Zahl der Injektionen schwankte zwischen 4 und 27. Die Quantität des Serums für jede Injektion zwischen 4 und 10 ccm. Schon nach der zweiten oder dritten Injektion soll der Foetor verschwinden, die Trockenheit, die Krusten sich mindern, die Schleimhaut wird hyperämischer etc. Vorsichtigerweise meint Verf, dass die Menge von 10 ccm, von Gradenigo vorgeschlagen, nicht ohne Gefahr sei und dass man selbst bei kleineren Dosen, dieselben steigernd, „avec une grande prudence" vorgehen müsse. W. Lublinski.

M. Neisser, Zur Differentialdiagnose des Diphtheriebacillus. Zeitschr. f. Hyg. XXIV. S. 443.

N. hat in dieser Arbeit seine Erfahrungen, welche er bei der Untersuchung diphtherieverdächtigen Materials gesammelt hat, zusammengefasst und es ist ihm möglich gewesen, für Diphtherieuntersuchungen eine Methode auszuarbeiten, welche in kurzer Zeit sichere Resultate liefert. Als Nährboden wurde das von Löffler eingeführte Traubenzuckerserum verwandt. Das eingesandte Material wurde auf diesen Platten ausgestrichen und sechs Stunden lang im Brutschrank bei 34—36° C. gehalten. Nach dieser Zeit wurden Klatschpräparate angelegt und mit 10proc. Ziehl'scher Lösung gefärbt. Es erscheinen dann die Diphtheriebacillen als leicht gekrümmte, nicht ganz gleichmässig kalibrirte Stäbchen. Da das Löffler'sche Serum für Diphtheriebacillen ein elektiver Nährboden ist, so sind andere Bakterien zu der Zeit noch wenig reichlich entwickelt. Da, wo kleine Diphtheriekolonien abgeklatscht werden, liegen die Bacillen sehr unregelmässig, bald zu mehreren parallel, bald mehr radiär, bald einander kreuzend. In mehr als 80 pCt. aller positiven Fälle konnte N. mit absoluter Sicherheit die Diagnose nach 6 Stunden stellen. Bestanden irgend welche Zweifel, so wurden die Serumplatten noch für mehrere Stunden in den Brutschrank zurückgesetzt. Nach 9—12 Stunden — in welcher Zeit an den Bacillen bereits deutliche Involutionserscheinungen aufgetreten sind — werden dann Ausstrichpräparate angelegt und diese nach einer Modifikation der Ernst'schen Körnerfärbung behandelt. Die fixirten Präparate werden zunächst etwa 3 Sekunden mit einer essigsauren Methylenblaulösung — 1 g Methylenblau wird in 20 ccm 96procent. Alkohol gelöst, dazu kommen 950 Aqu. dest., 50 ccm Acid. acet. glac. —, darauf mit einer 2pM. Vesuvinlösung nachgefärbt. Es erscheint dann der Bacillus gelbbraun und er enthält, meist nach dem Ende zu gelagert, intensiv dunkelblau gefärbte Körper, welche die Dicke des Bacillus übertreffen. Diese Doppelfärbung, welche nach 9 Stunden bei Diphtheriebacillen, die auf Blutserum gezüchtet sind, auftritt, ist nicht den Diphtheriebacillen absolut eigentümlich, allein bei anderen Bakterien tritt sie erst viel später auf, auch sind meist die Körnchen feiner. Da jedoch einige Coccen- und Sarcinearten nach der Gegenfärbung blau erscheinen, so darf diese Doppelfärbung nicht kritiklos an-

gewandt werden, stets ist erforderlich, dass neben den blauen Körnchen der Leib des Bacillus deutlich zu sehen ist.

Neben der Doppelfärbung, welche besonders bei der schnellen Diagnose eingesandten Materials ausserordentlich wertvoll ist, hat N. einen konstanten Unterschied zwischen Diphtherie- und diphtherieähnlichen Bacillen in der Säureproduktion gefunden. Er hat titrimetrisch die Säuremenge, welche in Fleischinfushouillon binnen 1 und 2 Tagen gebildet wird, bestimmt und gefunden, dass Diphtheriebacillen meist bereits nach 1 Tage, sicher nach 2 Tagen erhebliche Säuremengen produciren, während die diphtherieähnlichen Bacillen eine ganz geringe Säuerung der Bouillon hervorrufen.

Auf das Tierexperiment legt N. sehr wenig Wert. Einmal ist es bekannt, dass avirulente Diphtheriebacillen vorkommen, andererseits geht die Tierpathogenität keineswegs der Menschenpathogenität vollkommen parallel, und endlich giebt es auch diphtherieähnliche Bacillen, welche Meerschweinchen töten.

Das Auffinden einer charakteristischen Färbung der Diphtheriebacillen ist für die Diphtheriediagnose ausserordentlich wertvoll, durch dieselbe wird die Diagnose sehr erleichtert und auch beschleunigt. Es wäre zu wünschen, dass diese Methode vielfach nachgeprüft wird, damit wir über ihre absolute Sicherheit orientirt werden. H. Bischoff.

W. Cohnstein, Ueber therapeutische Anwendung von Milzextrakt. S.-A. a. d. Allgem. med. Central-Ztg. 1896, No. 43.

Verf. prüfte, wie schon vor ihm Danilewsky, den Einfluss von Milzextrakt auf die Zahl der Erythrocyten; die Versuche wurden an Hunden und Kaninchen ausgeführt, die Art der Darreichung war per os oder subkutan. Die mitgeteilten Tabellen ergeben eine zwar vorübergehende, aber ausnahmslos nachweisbare Steigerung der Erythrocytenzahl im Blute der Versuchstiere. Da sich bei der Anwendung des Mittels keinerlei störende Nebenerscheinungen zeigten, ging Verf. zu Versuchen am Menschen über. Im Ganzen wurden 23 Fälle behandelt: 22 Fälle von mehr oder minder ausgesprochener Anämie bezw. Chlorose, 1 Fall von Leukämie; im letzteren Falle war die Einwirkung nur eine minimale. In der Majorität der anderen Fälle war der Erfolg ein zufriedenstellender: die subjektiven Beschwerden der Kranken liessen nach, der Appetit hob sich, das Körpergewicht nahm zu, die Zahl der Erythrocyten und der Hämoglobingehalt stieg nicht unbeträchtlich; bei dem Rest der Fälle besserten sich wenigstens die subjektiven Beschwerden. Unangenehme oder schädliche Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Die Anwendung des etwa honigdicken Milzextraktes geschah in derselben Weise, in der der gewöhnliche Liebig'sche Fleischextrakt angewandt zu werden pflegt: ein Theelöffel des Extrakts giebt, mit einem halben Tassenkopf Wasser aufgekocht, eine wohlschmeckende Brühe. Das Präparat, das übrigens neuerdings unter dem Namen „Eurythrol" in den Handel gebracht wurde, ist steril und unzersetzt haltbar; die Dosis ist pro Tag 1—2 Theelöffel, event. etwas mehr.

K. Kronthal.

A. J. Hill, Carbolic acid poisoning. The med. and surg. rep. Vol. LXXV. No. 10.

Einer 45jährigen, sonst gesunden Frau waren gegen Oxyuris vermicularis Eingiessungen einer schwachen Carbolsäurelösung (ca. 5,0 g auf 1 l Wasser) verordnet worden. Schon nach Verbrauch der Hälfte dieser Lösung traten schwere Vergiftungserscheinungen auf: Schwindel, Magenschmerzen, Brechneigung; die Atmung war mühsam und beschleunigt, der Puls klein und frequent. Unter Anwendung starker Stimulantien, besonders von starkem Kaffee, erholte sich Patientin wieder. Der Fall illustrirt auf's Neue die Gefahr äusserer Anwendung grösserer Carbolsäuremengen.

K. Kronthal.

L. d'Astros, Selérose cérébrale et hydrocéphalie. Rev. mens. des mal. de l'enf. 1896. S. 9.

Im Verlaufe der sklerotischen Zustände des Gehirns bei Kindern entstehen nicht selten seröse Ergüsse in die Hirnhöhlen, welche als Folgen der Atrophie des Gehirns, als Ergüsse ex vacuo zu betrachten sind. In einigen wenigen Fällen tritt aber neben der Atrophie des Gehirns ein echter Hydrocephalus ein; in diesen seltenen Fällen steht die Flüssigkeit in den Ventrikeln unter hohem Druck, so dass es zu einer Erweiterung der Hirnhöhlen kommt, die meist vorwiegend die eine Seite betrifft. Unter günstigen Umständen entsteht dann auch beträchtliche Vergrösserung des Schädelumfanges. Dieser echte Hydrocephalus kommt da zu stande, wo der zur Sklerose führende Prozess (Encephalitis, Syphilom, Arteriitis) sich auf die Wandungen der Hirnhöhlen erstreckt.

Die Symptome des Hydrocephalus werden durch die des Grundleidens verdeckt; nur die Vergrösserung des Schädelumfanges ist — wo sie vorhanden ist — allein auf den Hydrocephalus zu beziehen.

Stadthagen.

A. Fränkel, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Aortenaneurysmen. D. med. Wochenschr. 1897, No. 6/7.

Unter 30 Fallen von Aneurysmen der Brustaorta sah Verf. 7mal den Tod durch Perforation eintreten. Bemerkenswert sind 2 Fälle (darunter 1 durch die Obduktion verificirbar) von Durchbruch in die Vena cava sup., charakterisirt durch plötzlich eintretende hochgradige Cyanose und Oedem lediglich der oberen Körperhälfte; Stokes sieht als pathognostisch noch die eigentümlich schwirrende Beschaffenheit des über und neben dem Herzen wahrnehmbaren Geräusches an, dessen Ort der grössten Intensität je nach der Durchbruchsstelle variirt.

Von Lungenerkrankungen kommen im Verlaufe der Aneurysmen der Brustaorta vor: 1. die gewöhnliche fibrinöse Pneumonie; 2. indurative Lungeneutzündungen; 3. Lungengangrän; 4. Lungentuberkulose. Sie sind ursächlich sämtlich an das Bestehen einer Verengerung der gröberen Luftwege, die bei den Bogenaonurysmen meist den linken Hauptbronchus betrifft, geknüpft; hierdurch ist die Gefahr einer Sekretanhäufung in dem zugehörigen Bronchialgebiet gegeben, und die abgesonderten Massen fliessen einerseits nach abwärts, während andererseits die Entzündung der Schleim-

haut an der Kompressionsstelle sich per contiguitatem auf die tiefer gelegenen Luftröhrenäste fortpflanzt. Durch die in dem Sekret enthaltenen Bakterien kommt es zu entzündlichen Prozessen der Bronchiolenwände, sowie des peribronchialen Bindegewebes, wobei auch das Lumen der Alveolen selbst durch eine von ihrer inneren Oberfläche ausgehende Wucherung völlig ausgefüllt wird; schliesslich kommt es zur sogen. „Lungencirrhose" CORRIGAN's.

Aehnlich, jedoch durch eine echte Pneumococceninfektion veranlasst, ist die Entstehung einer fibrinösen Pneumonie auf der Seite der Bronchostenose. — Das Hinzutreten dieser beiden Affektionen vermag die Diagnose des Aneurysmas unter Umständen ganz erheblich zu erschweren, namentlich wenn es sich um ein Aneurysma der Aorta thoracica descendens und um Verdichtung des Oberlappens oder ausserdem noch des oberen Teiles des Unterlappens handelt.

Lungengangrän als Komplikation ist selten, wesentlich häufiger jedoch Lungentuberkulose, die vom Verf. auf Ansiedelung des Tuberkelbacillus im Gebiete des verengten Hauptbronchus bezogen wird.

Betreffs der Aetiologie der Aortenaneurysmen hebt Verf. hervor, dass eine einheitliche Entstehungsursache nicht vorliegt, dass bald Traumen, (wozu auch übermässige Blutdrucksteigerung zu zählen ist), bald arteriosklerotische Prozesse, bald Elasticitätsänderungen der Gefässwand anzunehmen sind. Betreffs der Syphilis glaubt Verf. nach seinen Erfahrungen, dass sie in etwas über 36 pCt. als ursächliches Moment zu betrachten sei.

In therapeutischer Beziehung warnt er vor allen Bestrebungen, durch Einführung von Instrumenten oder Fremdkörpern eine Blutgerinnung in dem aneurysmatischen Sack herbeiführen zu wollen; dagegen empfiehlt er die innerliche Darreichung des Jodkaliums in Verbindung mit einer methodischen, unter Umständen mehrfach wiederholten Quecksilber-Inunctionskur. Perl.

A. Günzburg, Zur Therapie der Enteroptose. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 27.

Zur Behandlung der Enteroptose schlägt G. vor, den Kranken regelmässig kleine Mengen von Hefe zu geben. Er sah unter dieser Therapie (3mal täglich ein erbsen- bis bohnengrosses Stückchen frischer Hefe) sich allmählich einen mässigen Meteorismus entwickeln, der zur Festlagerung der Bauchorgane beiträgt. Ferner linderten sich die den Kranken mit Enteroptose so häufig unbequemen Belästigungen durch Gase. Vielleicht wird dies durch die im Darme durch die Hefe entwickelte Kohlensäure, welche anders als die übrigen Gase auf die Darmwand wirkt, bedingt. Die Pulsationen der Aorta im oberen Bauchraume werden weniger quälend, weil sich gasgefüllte Darmschlingen zwischen diese und die sensible Bauchwand eindrängen. Die Esslust kehrt unter dem Hefegenuss wieder und die Kranken werden wieder arbeitsfähig. Nehmen die Patienten an Körperfülle zu und erhöhen sich die Fettmassen im Bauchraume, die die Organe fixiren, so kann man bei sonst guter Ernährung die Hefe, wenigstens auf längere Zeit, fortlassen. Schliesslich scheint die Hefemedikation auch auf die so oft bestehende Verstopfung günstig einzuwirken. Der früher bleistiftartige

Kot nimmt normale Gestaltung an und die ihn umgebenden Schleimmassen verschwinden. Die Hefe ist nur da contraindicirt, wo eine wirkliche Dilatation des Magens vorliegt, da sonst im Magen grössere Gasmassen entwickelt würden, die Belästigungen, ja sogar Kurzatmigkeit bedingen könnten. Wo eine solche Erweiterung und Atonie dagegen nicht besteht, da werden die Hefezellen rasch in den Dünndarm geschoben.

C. Rosenthal.

W. Kausch, Ein Fall von schwerem Diabetes mellitus mit ausgedehnter langsamer elektrischer Reaktion. Neurol. Cbl. 1897, No. 11.

Bei einem 17jährigen, an schwerem Diabetes leidenden, an Lungenphthise zu Grunde gegangenen Manne stellte Verf. bei elektrischer Untersuchung der Nerven und Muskeln für die meisten ein Verhalten fest, welches als Entartungsreaktion zu bezeichnen war: es handelte sich bei der Mehrzahl der afficirten Muskeln um partielle Entartungsreaktion mit indirekter Zuckungsträgheit (Einzelheiten siehe im Original). Bei der Sektion wurde nur in der Höhe des zweiten Lendensegmentes unter den im Uebrigen normalen vorderen Wurzelfasern beiderseits dicht an der Pia je ein kleines Bündel degenerirter Fasern gefunden. Sonst war das ganze Rückenmark (auch die Vorderhornzellen und die Hinterstränge) normal. Auch die peripherischen Nerven und die Muskeln waren durchaus unversehrt. Für die Erklärung der Erscheinungen zieht Verf. den Chemismus im Diabetes an. Das Blut des Kranken enthielt abnorm hohe Zuckerwerte (0,3—0,5 pCt.): so konnten die jahrelang von stark zuckerhaltigem Blut ernährten Muskeln auch ohne nachweisbare histologische Veränderungen funktionell schwer geschädigt werden.

Bernhardt.

J. Marschner, Casuistische Beiträge zur Lehre von der chronischen recidivirenden Tetanie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVI. (5/6.)

Verf. berichtet über 5 Fälle von Tetanie. Im ersten Falle trat die Tetanie im Prodromalstadium einer Pneumonie auf und war mit Stauungspapille complicirt, die als passageres Symptom im Verlauf der Tetanie hervortrat. Im 5. Fall trat bei einer an Magencarcinom leidenden Frau (ohne Magendilatation) im Anschluss an eine Punctio abdominis ein tetanieartiger Anfall auf. Der 2. Fall ist durch eine Temperatursteigerung mit nachfolgenden subnormalen Temperaturen ausgezeichnet. In allen Fällen war sowohl die galvanische wie die faradische Muskel- und Nervenerregbarkeit erhöht. Fütterungsversuche mit Schilddrüsenpräparaten blieben ohne besonderen Einfluss auf die Krankheit. In mehreren Fällen handelte es sich um eine recidivirende Tetanie mit freien Intervallen von Monaten bis Jahren.

S. Kalischer.

S. Placzek, Uncomplicirte Serratuslähmung. D. med. Wochenschr. 1896, No. 43.

P. beschreibt einen Fall von rechtsseitiger Serratuslähmung auf rheumatischer Basis, der durch eine Schrägstellung der Scapula ausgezeichnet war; dieselbe war in der Ruhe vorhanden und nahm zu, wenn bei hori-

Digitized by Google

zontaler Seitwärtshebung des Armes das Schulterblatt der Wirbelsäule sich näherte. Es bleibt dahingestellt, ob diese Schrägstellung nur als Ausnahme von der Regel bei den typischen uncomplicirten Serratuslähmungen anzusehen ist. Aetiologisch scheinen auch übermässige Muskelanstrengungen hier in Betracht zu kommen. S. Kalischer.

Nonne, Ueber einen in kongenitaler beziehungsweise acquirirter Coordinationsstörung sich kennzeichnenden Symptomenkomplex. Arch. f. Psych. XXVII. (2.)

Der Verf. teilt 4 Krankengeschichten mit, welche unter einen der bekannteren Symptomenkomplexe sich strikte nicht rubriciren lassen. Es handelte sich um kindliche bezw. jugendliche Individuen mit einer sonderbaren Erkrankung des Centralnervensystems, am ehesten erinnernd an die Friedreich'sche Ataxie, an die Ataxie cérébelleuse héréditaire, an die kleine Hirnatrophie, sich aber doch in gewichtigen Punkten von ihnen unterscheidend. Im Einzelnen gestaltete sich das Krankheitsbild wie folgt: In früher Kindheit entwickelt sich entweder spontan oder nach einer akuten Infektionskrankheit mit sehr langsamem Verlauf oder mit sehr frühem Stillstand eine Coordinationsstörung der Glieder, des Kopfes, des Rumpfes, der Phonations- und mimischen Muskulatur, am meisten ähnelnd der cerebellaren Ataxie. Die Augenbewegungen sind beschränkt, es kommt zu Reflexerhöhung und Rigiditäten, zu Störungen der Intelligenz; es fehlen Pupillen-, Sehnerven- und Sensibilitätsstörungen. Es besteht weder familiäre noch hereditäre Anlage. Der Verf. sucht unter Hervorhebung alles dessen, was diese Fälle von den obengenannten trennt, darzuthun, dass es sich hier um Uebergangsformen handle, welche man mit jenen Krankheitsbildern zusammenfassen könnte, ähnlich wie Erb es mit Erfolg für eine grosse Anzahl von Typen auf dem Gebiet der Myopathien gethan habe. Die Aplasie oder Erkrankung der Kleinhirnhahnen sei vielleicht das bindende Glied für alle diese Fälle.

In einem fünften Fall entwickelte sich das fast gleiche Bild im Anschluss an eine akute, mit cerebralen Erscheinungen verlaufende Erkrankung bei einem 20 Jahre alten Jüngling, und in einem sechsten Falle ebenfalls nach einer schweren Insolation. — In diesen beiden letzten Fällen trat ein Stillstand ein. M. Brasch.

A. C. Kam, Beiträge zur Kenntnis der durch Grosshirnherde bedingten sekundären Veränderungen im Hirnstamme. Arch. f. Psych. XXVII. (3.)

Der Verf. war in der Lage, das Hirn einer Paranoischen zu untersuchen, bei welchem mehrere Jahre vor dem Tode das Vorderhirn, der Streifenhügel und die innere Kapsel zu Grunde gegangen waren. Er fand nun den Pedunculus cerebri total degenerirt bis auf ein ovaläres Bündel in ganz lateraler Lage. Er konnte nun nachweisen, dass dieses Bündel aus dem Schläfenlappen stammt und in den Kernen der Brücke endigt. Im Fuss nehmen diese Fasern das äusserste Fünftel ein. — Zweitens fand er, dass in der medialen Schleife die feinsten Fasern im Nucleus reticulosus

der Brücke und die Zellen des Nucleus selbst zum Teil verschwunden waren, und zwar auf der kranken Seite. K. schliesst, dass diese Fasern aus dem Scheitelhirn stammen und durch die innere Kapsel verlaufen. — Endlich fand der Verf. im degenerirten Fuss einige erhaltene Längsfasern. Ihr Verlauf ist ähnlich dem der Fasern „vom Fuss zur Haube", aber der Verf. glaubt nicht an eine Identität. Der Verlauf dieser Fasern ist vom Ovalärbündel bis in die mediale Schleife. M. Brasch.

Lukasiewicz, Ueber den Wert der intramuskulären 5procentigen Sublimatinjektionen in der Sypbilistherapie. Wiener klin. Wochenschrift 1897, No. 16.

Verf. empfiehlt neuerdings nach 7jähriger Erfahrung an einem grossen Material die von ihm schon früher gerühmten intramuskulären 5proc. Sublimat-Kochsalzinjektionen als eine sehr zuverlässige, bequeme und energische Behandlungsmethode, die, entgegen den unlöslichen Quecksilbersalzen, nicht die Gefahr einer cumulativen Wirkung mit schubweiser Resorption darbietet. Von der Lösung: Hydrarg. bichlor. corr. Natrii chlor. ana 5,0 Aqu. dest. 100,0 wird wöchentlich, unter Umständen auch alle 5 Tage, genau 1 ccm in die Glutaeen injicirt; die Schmerzen sind meist gering, Abscesse oder namhafte Infiltrate treten nicht auf, schwere Stomatitis oder sonstige bedrohliche Erscheinungen wurden niemals beobachtet. Die therapeutische Wirkung der Einspritzungen ist bei den verschiedensten Syphilisformen (nur gummöse hat Verf. im Allgemeinen nicht in dieser Weise behandelt) eine sehr rasche und ausgesprochene, namentlich prompt pflegen auch die syphilitischen Drüsenschwellungen zurückzugehen. Die Zahl der Injektionen beim ersten Ausbruche der Syphilis betrug meist 10 bis 12; die letzten pflegt Verfasser in 2—4wöchigen Pausen zu machen, weil bei längerer ununterbrochener Aufeinanderfolge die Einspritzungen allmählich weniger wirksam zu werden scheinen. H. Müller.

Rud. Krefting, Ueber virulente Bubonen und den Ulcus molle-Bacillus. Arch. f. Dermatol. und Syph. XXXIX. S. 51.

Unter 143 Fällen von Ulcus molle, welche Verfasser in den beiden letzten Jahren behandelte, waren 27 mit Bubonen complicirt; von diesen waren 7 virulent mit inoculablem Eiter, in dem regelmässig der Schankerbacillus gefunden wurde, die übrigen 20 enthielten vollkommen sterilen Eiter. Unter welchen Umständen überhaupt Bubonen beim Ulcus molle entstehen und warum sie das eine Mal virulent, das andere Mal nichtvirulent sind, weiss auch Verfasser nicht zu sagen. Die Angaben über die Häufigkeit der virulenten Bubonen im Verhältnis zu den nicht-virulenten variiren bei den verschiedenen Autoren sehr bedeutend (zwischen 4 und 68 pCt.), was wohl von dem Virus der jeweiligen Epidemie abhängt.

Schon klinisch weisen die beiden Arten von Bubonen erhebliche Unterschiede auf. Die virulenten sind sehr schmerzhaft und von lebhaft gerötеter Haut bedeckt, sie schmelzen rasch ein, öffnen sich immer, haben meist einen schmutzig-chokoladenfarbigen Inhalt, zeigen weiterhin reich-

liche, purulente Sekretion, die Rundzellen färben sich gut, die Wundränder und die ganze Abscesshöhle nehmen nach der Eröffnung das Aussehen eines grossen Schankergeschwürs an und die Heilung geht sehr langsam von statten.

Die nicht-virulenten Buhonen hingegen zeichnen sich durch geringe Empfindlichkeit und Rötung aus, sie schmelzen langsam und bilden sich oft, ohne zu perforiren, zurück, ihr Inhalt ist von granlichem, schleimigem Aussehen, die Rundzellen färben sich schlecht, nach der Oeffnung nimmt die Sekretion rasch ab und die Heilung erfolgt schnell. H. Müller.

L. Knapp, Ueber die Verwendbarkeit des Phonendoskopes von Bianchi und Bazzi in der Gebnrtshülfe. Prager medic. Wochenschrift 1896, No. 46.

Verfasser hält das Instrument für wertlos beim Neugeborenen wegen der Nebengeräusche, für zweckmässig nur bei Asphyxie. Bei Gravidae sind die zahlreichen Nebengeräusche (Darmgeräusche, Kindsbewegungen) störend.

Die Diagnose auf Zwillinge kann zweckmässig durch das Phonendoskop gesichert werden, indem man entweder 2 Instrumente anwendet und von jedem einen Schlauch benutzt, oder indem man mit einem Ohre direkt auskultirt und zum zweiten Ohre den Schlauch des Phonendoskops leitet. Man hört alsdann eine regellose Reihe von Herztönen. A. Martin.

R. A. Kerry und **E. Rost,** Ueber die Wirkungen des Natrinmchlorats. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. XXXIX. S. 144.

Nach einigen Bemerkungen über die chemischen Eigenschaften des Perchlorats schildern die Verfasser die Wirkung desselben auf verschiedene Tierarten.

Beim Frosche ruft es, subkutan angewandt (wirksame Grenzdosis: 0,015), fibrilläre Zuckungen und klonische Kontraktionen der quergestreiften Muskeln hervor, die auf einer Einwirkung peripherer Natur auf die Endigungen der motorischen Nerven beruhen. Später tritt Muskelstarre, erhöhte Reflexerregbarkeit und schliesslich Erlahmen des Herzens ein. Bei Ratten, Mäusen und Meerschweinchen bewirkt es einen Zustand, bei welchem durch Erschrecken des Versuchstieres Tetanus herbeigeführt wird. Bei Katzen trat bei intravenöser Injektion zuerst nur eine gewisse Steifigkeit mit leichter Parese der Muskeln und erst nach mehreren Stunden Zuckungen, Tetanus und Muskelflimmern ein.

Bei Hunden, Kaninchen und Tauben wurden die Wirkungen nicht beobachtet. Wendelstadt (Bonn).

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

für die

medicinischen Wissenschaften.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **14. August.** **No. 33.**

Inhalt: Bondzynski und Gottlieb, Ueber einen bisher unbekannten normalen Harnbestandteil, die Oxyproteïnsäure. (Original-Mitteilung.)

Ludwig, v. Zeynek, Das Fett der Dermoidcysten. — Gluzeski u. Lemberger, Einfluss der Schilddrüsensubstanz auf den Stoffwechsel. — Willmanns, Erregung der Atmungscentra. — Bergonié und Winkler, Bestimmung der Eiweisskörper in der Frauenmilch. — Hage, Ueber Hefegährung. — Onskow und Sélinow, Ueber die weissen Blutkörperchen. — Karewski, Behandlung der Spondylitis. — Angerer, Ueber Nervenextraktion. — König, Diabetischer Brand. — Bell und Parkin, Ueber einen Fall von 4 Tage dauernder Urinretention. — Berndt, Behandlung der Basedow'schen Krankheit. — Obalinski, Zur Nierenchirurgie. — Bach und Neumann, Eitrige Keratitis. — Scheibe, Fälle von Mittelohrtuberkulose. — Rasumowsky, Operation der Nasenrachenpolypen. — Gourc, Adenoide Vegetationen. — Rosenberg, Wirkungen des Formaldehyds. — Lindenthal, Sporadische Influenza. — Arnheim, Sauoform. — Antichievich, Fälle von Glycerin-Intoxikation. — Bramwell, Lebersarkom. — Gorbel, Vorkommen des Wurmfortsatzes im kindlichen Bruchsack. — Hoffmann, Casuistik aus der Heidelberger medizinischen Klinik. — Rona, Die paraurethralen Gänge und die Gonorrhoe. — Doran, Fälle von Ovarialtumoren. — Ludwig, Ovarialgravidität neben normaler Schwangerschaft.

Ueber einen bisher unbekannten normalen Harnbestandteil, die Oxyproteïnsäure.

Von

Dr. St. Bondzyński und Prof. R. Gottlieb.

(Aus dem pharmakol. Institut von Prof. v. Schroeder in Heidelberg.)

Gelegentlich einer Untersuchung des Harns mit Phosphor vergifteter Hunde stiessen wir nach vorhergegangener Barytfällung auf eine reichliche Menge einer durch Alkohol fällbaren Substanz, die sich bei näherer Untersuchung als das Barytsalz einer N- und S-haltigen Säure erwies. Es stellte sich weiterhin heraus, dass sich derselbe Körper auch aus normalem Hundeharn, sowie aus dem Harn des Menschen gewinnen lässt und die fragliche

N- und S-haltige Säure somit einen bisher unbekannten Bestandteil des normalen Harns bildet. Obgleich nun unsere Studien über die Zusammensetzung und Bedeutung des neuen Harnbestandteils noch keineswegs abgeschlossen sind, so mögen dennoch die bisherigen Resultate hier kurz mitgeteilt werden, da die seit über Jahresfrist fortgesetzten Untersuchungen aus äusseren Gründen, durch den Weggang des Einen von uns aus Heidelberg eine Unterbrechung erleiden mussten.

Die Säure, deren Zusammensetzung auf ein sehr hohes Molekulargewicht schliessen lässt, steht in naher Beziehung zu den Eiweisskörpern und stellt ohne Zweifel ein Oxydationsprodukt des Eiweiss vor dessen tiefergreifenderer Spaltung im Organismus dar. Um diesen Beziehungen einen Ausdruck zu geben, schlagen wir für die aufgefundene Säure die Bezeichnung „Oxyproteïnsäure" vor.

Es gelang uns nicht, die freie Säure in reinem Zustande zu gewinnen, wohl aber ihr Barynmsalz. Zur Darstellung desselben wurde der Harn auf ein geringes Volum eingedampft, der fast syrupöse Rückstand mit Schwefelsäure (10 ccm 20proc. H_2SO_4 auf 1 Liter Harn) angesäuert und mit dem 5fachen Volum Alkohol versetzt. Von den ausgefällten Salzen (meist Alkalisulfaten) wird abfiltrirt, das Filtrat mit viel Wasser verdünnt und mit Barythydrat im Ueberschuss versetzt, Baryt mit CO_2 entfernt, der Alkohol vertrieben, filtrirt und das Filtrat auf ein geringes Volum concentrirt. Wird dasselbe sodann in das 4—5fache Volum Alkohol eingegossen, so erhält man einen voluminösen flockigen Niederschlag, der zunächst nach einiger Zeit noch schmierig wird. Nach dem Lösen in wenig Wasser und Wiederfällen mit absolutem Alkohol bleibt die Fällung aber schön flockig und lässt sich gut absaugen. Nach dem Trocknen im Exsiccator erhält man dann ein gelbliches Pulver, das zum grössten Teil aus dem Baryumsalze der Oxyproteïnsäure besteht.

Zur weiteren Reindarstellung des Salzes benutzten wir die Eigenschaft der Säure, durch salpetersaures oder schwefelsaures Quecksilberoxyd ausgefällt zu werden. Das Präparat wurde zu diesem Zwecke in Wasser gelöst, Baryum durch Schwefelsäure ausgefällt, das Filtrat mit Quecksilberoxydnitrat gefällt, mit Barytwasser neutralisirt, der entstandene Niederschlag durch H_2S zerlegt, der Schwefelwasserstoff vertrieben und nun die Lösung zur Entfernung der freien Salpetersäure so lange mit frisch gefälltem Bleihydroxyd digerirt, bis nur ganz schwache Salpetersäure-Reaktion nachweisbar war. Das Blei wurde dann durch H_2SO_4, der Ueberschuss der H_2SO_4 durch Baryt entfernt, CO_2 eingeleitet und eingedampft. Die concentrirte Lösung giebt dann mit Alkohol einen weissen flockigen Niederschlag, das Baryumsalz der Oxyproteïnsäure.

Die Flocken nehmen bei längerem Stehen unter Alkohol die Beschaffenheit eines schweren, sandigen, bei Berührung mit dem Glasstabe knirschenden Pulvers an. Unter dem Mikroskop erscheint das Präparat dann in Form von Knollen und Kugeln, an denen zwar eine krystallinische Struktur nicht zu erkennen ist, welche aber wohl als Vorstufen von Sphaerokrystallen anzusehen sind. Das so gewonnene Baryumsalz der Oxyproteïnsäure ist ein weisses Pulver, das sehr hygroskopisch ist und sogleich vom Filter über Schwefelsäure gebracht werden muss. Im Wasser ist es ungemein leicht

löslich, in absolutem Alkohol hingegen unlöslich. Die Alkalisalze der Oxyproteïnsäure konnten in festem Zustande nicht gewonnen werden; ebensowenig liessen sich die leicht löslichen Salze der schweren Metalle in analysenreinem Zustande erhalten.

Die Analyse des oxyproteïnsaureu Baryums, uud zwar von einer Reihe von Präparaten, die aus verschiedenen Darstellungen stammten, ergab zwar noch keine befriedigende Uebereinstimmung; da die Resnltate aber in nicht allzn weiten Grenzen schwanken, so genügen sie vorläufig zu einer annähernden Charakterisirnng der Zusammensetzung, mit der ausdrücklichen Bemerkung, dass wir zu der Feststellung derselben die Analysen demnächst fortsetzen werden. Ans unseren bisherigen Analysen würde sich für das Barytsalz der Säure ergeben:

$$C = 27{,}5\ \text{pCt.} \quad H = 3{,}9\ \text{pCt.} \quad N = 10{,}64\ \text{pCt.} \quad S = 1{,}7\ \text{pCt.}$$
$$Ba = 29{,}76\ \text{pCt.}$$

und würde sich daraus als wahrscheinliche Formel berechnen:

$$C_{43}\,H_{74}\,N_{14}\,O_{31}\,Ba_4.$$

Legt man diese aualytischen Daten der Berechnung der Zusammensetzung der freien Säure zu Grunde, so ergiebt sich für dieselbe:

$$C = 39{,}3\ \text{pCt.} \quad H = 6{,}2\ \text{pCt.} \quad N = 14{,}82\ \text{pCt.} \quad S = 2{,}42\ \text{pCt.}$$
$$O = 37{,}51\ \text{pCt.}$$

und die wahrscheinliche Formel: $C_{43}\,H_{82}\,N_{14}\,O_{31}\,S$.

Aus dem geringen S-Gehalte, welcher dem der Eiweisskörper so nahe steht, geht hervor, dass der Säure ein sehr hohes Moleknlargewicht zukommen muss; aus dem Verhältnis des Schwefelgehaltes zum Baryuugehalte des Salzes erhellt, dass auf ein Atom Schwefel mindestens 4 Atome Baryum kommen, die Säure somit mehrere Carboxylgruppen enthält. Ein Vergleich der Zusammensetzung der Säure mit der mittleren Zusammensetzung der Eiweisskörper zeigt ferner, dass der N- und S-Gehalt der Säure mit dem der Eiweisskörper nahe übereinstimmt, dass die Oxyproteïnsäure aber C-ärmer und O-reicher ist, als diese, und somit als ein Oxydationsprodukt des Eiweisses bei gleichzeitiger Abspaltung einer C-haltigen Gruppe anzusehen sein dürfte. Es weist alles darauf hiu, dass hier eine der ersten Zwischenstufen der Verbrennung des Eiweissmoleküls bei dessen Abbau zn den uns bekannten Endprodukten vorliegt.

Die vorliegende Säure erinnert am meisten an die von Maly[1]) durch Oxydation von Albumin mittelst Kaliumpermanganat erhaltenen Oxydationsprodukte von saurem Charakter, die Schmiedeberg[2]) neuerdings unter dem Namen der Oxyalbuminsäuren zusammenfasst, insbesondere scheint sie der löslichen und O-reichen Peroxyprotsäure Maly's ähnlich zu sein. Doch nnterscheidet sich die Oxyproteïnsäure von diesen Verbindungen durch ihren geringeren Gehalt an C und durch das Fehlen der Biuretreaktion.

Von den Eigenschaften der Oxyproteïnsäure sei hervorgehoben, dass die Xanthoproteïnprobe negativ ausfällt; die Säure enthält ferner den leicht abspaltbaren Schwefel der Eiweisskörper nicht und mau erhält beim

[1]) Sitzungsberichte der K. Akad. d. Wiss. in Wien. Bd. 91. 1885.
[2]) Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 39. 1897.

Erwärmen mit Lauge und Bleisalz keine Blaufärbung. Mit Millon'schem Reagens färbt sie sich ganz schwach chamois und giebt auch bei der Zersetzung mit Schwefelsäure kein Tyrosin. In diesen Eigenschaften gleicht die Oxyproteïnsäure den erwähnten Maly'schen Säuren. Im Gegensatz zu denselben giebt sie aber die Biuretreaktion nicht. Auch durch Phosphorwolframsäure und Sublimat wird sie nicht gefällt, wohl aber durch salpetersaures und schwefelsaures Quecksilberoxyd.

Die Säure ist im normalen Harn in reichlicher Menge enthalten. Die Nichtfällbarkeit durch Phosphorwolframsäure bedingt es, dass der in dieser Form ausgeschiedene Stickstoff bei der Charakterisirung des Harnstickstoffs bisher als Harnstoff in Rechnung kam [Pflüger und Bohland[1]), Gumlich[2])]. Um nun eine annähernde Vorstellung zu gewinnen, ein wie grosser Anteil des Stickstoffs im normalen Harn in Form der Oxyproteïnsäure erscheint, versuchten wir es, auf die Fällbarkeit durch Quecksilbersulfat eine einfache Bestimmung zu gründen. Nach der oben geschilderten Abscheidung des noch verunreinigten Barytsalzes durch Alkoholfällung und Trennung von Harnstoff auf diesem Wege wurde das Salz in Wasser gelöst und durch einen Ueberschuss von Quecksilbersulfat ausgefällt. Bei genau neutraler Reaktion bleiben nur Spuren von N im Filtrate; der N im Niederschlage wird nach Kjeldahl bestimmt.

Es ergab sich bei diesen Bestimmungen, dass im normalen Hundeharn bei reichlicher Fleischfütterung etwa 2,5 pCt. des Gesammtstickstoffs in Form der Oxyproteïnsäure ausgeschieden werden und die Menge der Säure, auf Barytsalz berechnet, etwa 10 g pro Liter Harn beträgt. Im menschlichen Urin bei gemischter Kost macht der in Form der Oxyproteïnsäure auftretende Stickstoff 2—3 pCt. des Gesammtstickstoffs aus (etwas mehr als der in Form der Harnsäure ausgeschiedene Anteil) und in der 24stündigen Harnmenge sind, auf das Barytsalz berechnet, etwa 3—4 g enthalten. Bei Phosphorvergiftung steigt ferner im Hundeharn die Menge der ausgeschiedenen Oxyproteïnsäure erheblich an.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass eine vermehrte Ausscheidung der Oxyproteïnsäure bei einer Reihe von pathologischen Prozessen als Zeichen einer Stoffwechselstörung eine bedeutsame Rolle spielt. Darauf weist vor Allem das von uns beobachtete vermehrte Auftreten der Säure bei der Phosphorvergiftung hin. Es sprechen ferner dafür mehrere Beobachtungen über die Vermehrung des sogenannten neutralen Schwefels im Harn bei Vergiftungen und bei Lebererkrankungen, da bei dem üblichen Verfahren der in der Oxyproteïnsäure enthaltene Schwefel als sogenannter neutraler bestimmt wird. Ueber diese Verhältnisse, sowie über das Vorkommen der Oxyproteïnsäure in Blut und Organen hoffen wir bald weitere Mitteilungen machen zu können.

Heidelberg, den 4. August 1897.

---

[1]) Pflüger's Arch. Bd. 38 u. 43.
[2]) Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. 17.

1) **E. Ludwig,** Ueber das Fett der Dermoidcysten der Ovarien. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXIII. S. 38.

2) **R. v. Zeynek,** Ueber das Fett der Dermoidcysten. Ebenda. S. 40.

1) Verf. konnte aus dem gesammelten Fett von mehr als 60 Dermoidcysten nach dem Verseifen einen in Aether löslichen hellflüssigen, fettigen Rückstand erhalten, welcher sich zum Teil als Cetylalkohol erwies. Die davon abgepresste ölige Flüssigkeit gab bei den Analysen dem Cholesterin ziemlich nahestehende Zahlen, und stimmte auch in einigen wesentlichen Reaktionen mit diesen überein, verhält sich im Uebrigen aber wie ein Alkohol.

2) Z. hat die weitere Untersuchung des Fettes und des oben erwähnten Körpers übernommen. Das Fett erwies sich blassgelb, bisweilen dunkelgelb, von Butterkonsistenz, der Schmelzpunkt lag bei 34—39°, Erstarrungspunkt bei 20—25°. Eine grosse Quantität des Fettes wurde verseift, die Seife mit Aether extrahirt und aus der Seife die Fettsäuren abgeschieden. Sie bestanden überwiegend aus Oelsäure, zum geringeren Teil aus festen Fettsäuren, und zwar aus Myristinsäure, Palmitinsäure, Stearinsäure und kleinen Mengen von Arachinsäure $C_{20}H_{40}O_2$, welche letztere durch ihre geringere Löslichkeit in Alkohol isolirt wurde. — Die durch Ausziehen der Seifen mit Aether erhaltene Lösung gab beim Verdunsten einen Rückstand, dessen Hauptmenge bei Zimmertemperatur flüssig blieb. Aus demselben konnte Cholesterin und Cetylalkohol isolirt werden, wenn es auch nicht gelang, den letzteren ganz rein zu erhalten, so sind die Abweichungen in der Elementarzusammensetzung doch so gering, dass bei der sonstigen Uebereinstimmung mit Cetylalkohol an der Identität kein Zweifel ist. — Der flüssige Anteil der Aetherausschüttelung nimmt aus der Luft allmählich Sauerstoff auf und verharzt. Durch Destillation im luftverdünnten Raum wurde derselbe in 7 Fraktionen zerlegt. Von diesen wurde Fraktion III und V näher untersucht und festgestellt, dass es sich um Alkohol von cholesterinartiger Beschaffenheit handelt. Die weitere Untersuchung dieser Fraktionen, sowie die der anderen Fraktionen steht noch aus.

E. Salkowski.

L. A. Gluzrski und **I. Lemberger,** Ueber den Einfluss der Schilddrüsensubstanz auf den Stoffwechsel (mit Bemerkungen über die Anwendung dieser Substanz bei Fettleibigkeit). Centralbl. f. inn. Med. 1897, No. 4.

Bei den Differenzen, die noch hinsichtlich der Wirkung der Thyreoideasubstanz auf den Stoffwechsel bestehen, haben Verff. neue Versuche angestellt, in denen besonders auf folgende Punkte geachtet wurde: 1. dass die zugeführte Calorienmenge eine genügend grosse war; 2. dass die Darreichung längere Zeit währte; 3. ob die Wirkung künstlicher Threoideaprodukte mit der der frischen Schilddrüse identisch sei.

Der Versuch dauerte 27 Tage und setzte sich zusammen aus einer Vorperiode, einer mit Darreichung von Schilddrüsentabletten, einer ohne solche, einer vierten, in der frische Kalbsschilddrüse in Tabletten gegeben wurde, und einer Nachperiode. Die Nahrungsmittel wurden analysirt.

Die Verff. fanden, was Scholz und Richter schon beobachtet hatten, dass Stickstoffansatz, der in der Vorperiode bestanden hatte, auch unter

Darreichung der Tabletten zu konstatiren war, aber in geringerem Maasse, nämlich anstatt 1,38 g pro die nur 0,52 g betrug. Nach Aussetzen der Tabletten stieg der N-Ansatz wieder auf 2,1 g pro die; sobald jedoch frische Thyreoidea gereicht wurde, stieg die Eiweisszersetzung so erheblich, dass es zu einer Eiweissabgabe vom Körper (— 1,48 g N täglich) kam. Diese war auch noch einige Tage nach dem Aussetzen des Mittels vorhanden.

Die frische Schilddrüse wirkt also viel energischer, als künstliche Präparate, was therapeutisch in Betracht zu ziehen ist. — Erwähnt sei noch, dass es in Runde II (Tablettenfütterung) trotz des Eiweissansatzes zu einer Gewichtsverminderung kam. A. Loewy.

C. Willmanns, Die direkte Erregung der Atmungscentra durch den Weingeist. Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 66. S. 167.

Verf. stützt durch neue Versuche die Binz'sche Anschauung, dass die Steigerung des Atemvolums nach Einführung von Alkohol in den Organismus durch direkte Erregung des Atemcentrums zu stande komme, dass jedoch dies am Zustandekommen der Wirkung beteiligt sei. Verf. widerlegt besonders die Versuche von Jaquet, der die Zunahme der Atemgrösse als bedingt durch sensible Reize, d. h. also reflektorisch, erklärt. Für eine centrale Wirkung spricht, dass die Wirkung zu stande kommt, gleichgültig, auf welchem Wege man den Weingeist beibringt, intraarteriell, intravenös, in den Magen, durch Intubation. Im letzten Falle hebt Vagusdurchschneidung und damit Aufhebung der sensiblen Leitung die Wirkung nicht auf; in Bezug auf die Wirkung vom Magen her ist bemerkenswert, dass örtlich weit stärker als die benutzte 20proc. Alkohollösung reizende Senföllösung die Atemgrösse nicht steigerte. — Auch am Menschen hat W. die steigernde Wirkung der Alkoholaufnahme auf das Atemvolum von Neuem bestätigen können. A. Loewy.

E. Berggrün und **F. Winkler,** Ueber eine massanalytische Bestimmungsmethode der Eiweisskörper in der Frauenmilch. Vorläufige Mitteilung. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 2.

Die Verff. wollten eine einfache Methode für approximative Bestimmung des Casein- und Albumingehalts der Milch finden. Das Prinzip ihrer Methode beruht darauf, dass Jodkaliumqueeksilberjodid ($KHgT_3J$) mit Eiweiss in Gegenwart von Kupfer-, Eisen- oder Goldsalzen eine unlösliche Verbindung eingeht, und dass ein Ueberschuss an hinzugefügtem Jodsalz an der Bläuung von Stärkekleister — infolge Freiwerdens von Jod — erkannt und quantitativ bestimmt werden kann. Sie nehmen eine Lösung von 0,2 g Kaliumqueeksilberjodid in 10 ccm einer 10proc. Lösung von jodsäurefreiem Jodkalium, dazu 1 ccm einer 10proc. Eisenchloridlösung, verdünnen auf 100 ccm mit Wasser, setzen davon zur Milch im Ueberschuss hinzu und titriren mit Natrinmthiosulfatlösung von bekanntem Titre zurück. — Der Titre der Kaliumqueeksilbermischung ändert sich leicht; die Genauigkeit ist bei Benutzung von Vollmilch eine wenig befriedigende, bei Anwendung von Magermilch eine grössere; aber immerhin sind die

Ergebnisse gegenüber der N-Bestimmung nach Kjeldahl schwankend. — Fällt man durch Essigsäure das Casein aus, so könnte man dieselbe Methode für das Milchalbumin verwerten. A. Loewy.

I. I. Hage (de Rotterdam), Note sur la fermentation. Arch. génér. de méd. 1897, No. 2.

Verf. untersuchte den Einfluss des Sublimats und Kochsalzes auf die Intensität der Kohlensäurebildung bei der Hefegährung. Von ersteren hatte Biernacki behauptet, dass stark verdünnte Lösungen die Gährung befördern, concentrirtere sie schwächen. H. wiederholte die Versuche mit vollkommen aseptischen Gefässen und Zuckerlösungen. Er fand dann, dass schon die schwächsten Sublimatlösungen gährungswidrig wirkten. Das Kochsalz sollte nach Bial in mit Salzsäure versetzten Hefezuckerlösungen gleichfalls in geringen Mengen die Gährung beschleunigen, in grösseren sie hindern. Diese Angabe fand sich auch bei Benutzung steriler Lösungen bestätigt. Salzsäure- oder Kochsalzzusatz wirken dagegen jedes für sich hemmend; zusammen heben sie diese ihre Wirkung auf. A. Loewy.

N. Onskow et A. Sélinow, De la rate suivant les globules blancs du sang et le nombre de ces derniers. Arch. des sc. biol. St. Peterbourg 1897. T. V. No. 1.

Die Verff. teilen die weissen Blutkörperchen ein in junge, reife und alte Formen. Auf Grund der Zählungen bei normalen und entmilzten Hunden kommen sie zu folgenden Sätzen:

1. Die Milz hält bei normalen Tieren die Menge der reifen Leukocyten im Blut auf einem niedrigen Niveau im Vergleich mit den anderen Leukocytenformen (ungefähr 6—7 pCt.).

2. Die Milz trägt zu einer schnelleren und vollständigeren Umformung der reifen in alte Formen bei; wahrscheinlich auch zu einem schnelleren Uebergang der jungen in die reifen Formen.

Die Verff. stellen 2 Hypothesen auf, welche diesen Einfluss der Milz zu erklären im stande wären:

a) Die Milz liesse eine Substanz in das Blut dringen, die den Uebergang der Leukocyten von einer Form in die andere beschleunigt.

b) Die Milz hielte eine Substanz des Blutes (S) zurück, die den normalen Lebenslauf des Leukocyten hemmte; nach Exstirpation der Milz cirkulire diese Substanz frei im Blute.

Die zweite Hypothese entspricht am besten den Thatsachen. Bei Versuchen, die hemmende Substanz im Blutserum nachzuweisen, ergiebt sich nun, dass diese im Blute cirkulirende Substanz, die nur nach Abtragung der Milz die Metamorphose der Leukocyten hemmt, auch im Milzvenenblut des normalen Tieres gefunden wird. Das venöse Blut des normalen Tieres enthält eine die Leukocytenmetamorphose hemmende Substanz; wird es arteriell, so bereichert es sich mit einer neuen, die Metamorphose beschleunigenden Substanz. Wahrscheinlich handelt es sich hier aber um eine einzige sich verändernde Substanz. Die Vff. kommen zu folgenden Schlüssen:

Die Milz verändert die hemmende Substanz S des Blutes, führt sie alsdann zur Leber, die mit Hülfe des Gaswechsels der Lungen diese Substanz dem arteriellen Blut mit völlig anderen Eigenschaften ausliefert.

Auf Grund einer grösseren Versuchsreihe fassen die Verff. die Vermehrung der Leukocyten nach Terpenthin-Injektionen vorwiegend als Folge der Modifikation bestimmter Eigenschaften der im Blut bereits vorhandenen Leukocyten auf. Die Zahl der im Blut enthaltenen Leukocyten ist die Summe der Differenzen zwischen den neu ins Blut gelangten und den aus demselben entfernten Leukocyten, Differenzen, die im Laufe all' der kleinen Zeitabschnitte sich gebildet haben, deren Gesammtheit die mittlere Dauer des Aufenthalts der Leukocyten im Blute zusammensetzt. Die daraus mit Hülfe weiterer Experimente gezogenen Schlüsse sind im Original einzusehen.

Der Schlusssatz der Verff. ist folgender: Die Milz sendet in das Blut die jungen Formen der Leukocyten und trägt zur Beseitigung der Hindernisse bei, die sich der weiteren Entwicklung dieser Elemente im Blut entgegenstellen. M. Rothmann.

Karewski, Zur Behandlung der Spondylitis. (Aus der chir. Abteilung des jüdischen Krankenhauses zu Berlin.) Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 11.

Um durch aufrechte Rumpfhaltung die Ausheilung der Spondylitis mit möglichst geringer Winkelbildung zu befördern, wird ein „Gypsanzug" applicirt. Derselbe besteht in einem Gypsverbande, welcher, am Halsteil der Wirbelsäule beginnend und bis zu den Knöchelu reichend, in aufrechter Stellung bei allmählicher Suspension angelegt wird. Durch die Möglichkeit der Lokomotion wird das Allgemeinbefinden günstig beeinflusst. Von 65 seit 1893 behandelten Spondylitisfällen konnten 27 weiter verfolgt werden, doch sind von diesen nur 18 zu verwerten, da die übrigen 9 nach der ersten Konsultation aus der Behandlung blieben. Von den 18 sind 2 gestorben, 3 waren Fälle von Spondylitis cervicalis (bei welcher der Gypsanzug nicht anzulegen geht) und 3 sind nur mit Corsett behandelt worden, von denen 2 noch in Behandlung sind. Die übrigen 10 bieten 6 völlige Heilungen und 2 Besserungen (noch in Behandlung); 1 Patient hat Kongestionsfistel und 1 (bei Komplikationen mit Carotis) macht geringe Fortschritte. P. Güterbock.

Angerer, Ueber die Endresultate der Nervenextraktionen nach THIERSCH. Arch. f. klin. Chir. LIII. S. 179.

Bei 26 seit 1889 Operirten wurden 52 Nerven extrahirt, 14mal der N. supraorbit., 16mal der N. infraorb., 7mal der Mandibularis, 1mal der Lingualis. Bei allen war die innere Behandlung versucht worden. Von den Patt. sind 17 schmerzfrei (darunter 7 seit mindestens 4 Jahren), bei 2 wechselte der Zustand, 7 haben Recidive. Verf. betont: 1. Die Extraktion ist möglichst langsam vorzunehmen, damit der Nerv nicht zu früh abreisst. Es empfiehlt sich noch ein langsameres Tempo, als das von THIERSCH, der alle halbe Sekunde eine Umdrehung der Zange machte.

Es gelingt dann, Stücke von 20 cm sammt den feinsten Verästelungen zu entfernen. 2) Recidive nach gelungener Extraktion finden im Gebiet des extrahirten Astes nicht statt, sondern durch Ueberspringen auf andere Nervenäste. Die technisch leicht auszuführende Operation heilt glatt mit kaum sichtbarer Narbe. 3. Die gelegentliche Facialisparalyse nach Extraktion des N. infraorbit. schwindet meist in Kurzem. P. Güterbock.

Fr. König, Ueber diabetischen Brand. Berl. klin. Wochenschrift 1896, No. 25.

Davon ausgehend, dass der diabetische Brand wesentlich auf dem Boden der Arteriosklerose entsteht, erscheint die Amputation — aber nur unter streng aseptischen Cautelen — als ein letztes, oft zur Heilung führendes Mittel angezeigt:

1. bei zunehmender Phlegmone trotz energischer antiseptischer Behandlung bei konsekutivem Fieber, und

2. bei nicht heruntergehendem Zuckergehalt, eventuell mit dadurch bedingtem Auftreten von Coma. P. Güterbock.

J. L. Bell and **A. Parkin,** Total suppression of urine for four days; nephrolithotomy; recovery. Lancet 1896, Sept. 12.

Hospitalbericht über einen 56jähr. Mann, der seit Jahren an Nierenbeschwerden erst rechts, dann links gelitten. Trotz der Benommenheit des Pat. durch die bereits 4 Tage dauernde Urämie erschien die linke Lende etwas empfindlich, daher schräge Incision mit Schnitt in die Niere. Starke Blutung aus der Niere, in der kein Stein zu finden; Untersuchung des Nierenbeckens von der Seite ergab einen $1^1/_2 : 1''$ messenden, mit der Spitze in den Ureter eingekeilten Stein. Hierauf Polyurie durch die Wunde, vom 4. Tage an aber Entleerung wachsender Mengen Harn per urethram. Heilung.
P. Güterbock.

F. Berndt, Zur chirurgischen Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Arch. f. klin. Chir. LII. S. 709.

Zwei vom Verf. operirte Fälle; der erste, eine 58jähr. Frau betreffend, gebessert; der andere betrifft ein 45jähr. Fräulein, das, seit 1868 erkrankt, die Komplikation mit Melancholie zeigte, völlig, auch von der Psychose geheilt. In beiden Fällen wurde die Exstirpation auf die vergrösserten Schilddrüsenpartieen beschränkt. Für die Wirkung der Operation kann Verf. keine völlig befriedigende Erklärung geben. Man kann die Krankheit als eine primäre centrale Neurose auffassen, welche auf mechanischem Wege durch Reflex infolge des Reizes, den die vergrösserte Schilddrüse auf den Sympathicus ausübt, unterhalten resp. gesteigert wird.
P. Güterbock.

A. Obalinski, Weitere Beiträge zur Nierenchirurgie. Wien. med. Wochenschrift 1897, No. 6/7.

Zur Ergänzung seines früheren, das gleiche Thema behandelnden Auf-

satzes (Samml. klin. Vortr. N. F. No. 16) giebt Verf. eine Uebersicht über 25 weitere Nierenoperationen und bemüht sich, auf Grund seiner Erfahrungen die Traditionen für die Nephrotomie und die Nephrectomie aufzustellen. O. rät, so konservativ wie möglich vorzugehen.

Für die Nephrectomie kennt er nur 2 absolute Indikationen: 1. Neoplasma, 2. Tuberkulose. Sonst sollte die Nephrectomie nur ausgeführt werden, wenn man sich nach Entblössung oder Incision der kranken Niere überzeugt hat, dass sie ganz funktionsuntüchtig oder gar schädlich für den Organismus ist.

Contraindicirt ist die Nephrectomie, wenn das Fehlen der anderen Niere sicher konstatirt ist, ferner wenn beide Nieren von demselben Prozess ergriffen sind, sodann bei sehr starken Verwachsungen mit den Nachbarorganen, und endlich, wenn der schlechte Kräftezustand der Patienten eine eingreifende Operation verbietet. Geht man konservativ vor, dann kann man meist auf den Ureterenkatheterismus verzichten; fühlt man vor der Operation eine stark vergrösserte, harte Niere, dann pflegt dieselbe ihre Funktionsfähigkeit ganz oder fast gänzlich verloren zu haben; umgekehrt ist das ein indirekter Beweis der Funktionstüchtigkeit der anderen Niere, auch wenn diese letztere nicht völlig normalen Urin secerniren sollte.

Borchardt (Berlin).

L. Bach und **R. Neumann**, Die eitrige Keratitis beim Menschen. Eine bakteriologische und klinische Studie. Arch. f. Augenheilk. XXXIV. S. 267.

Unter 29 Fällen von eitriger Keratitis fanden die Verff. 12mal nur Pneumococcen (Streptococcus lanceolatus Gamaleïa), 6mal Pneumococcen mit anderen Bakterien, 7mal keine Pneumococcen, wohl aber andere Bakterien, und 4mal keine Bakterien. — Das wichtige Ulcus corneae serpens beim Menschen ist in der grossen Mehrzahl der Fälle durch den Streptococcus lanceolatus (Pneumococcus) hervorgerufen.

In 7 mehr oder minder typischen Fällen fanden sich ausschliesslich oder vornehmlich Micrococcus pyogenes aureus et albus, Streptococcen und ein auch für die Kaninchenhornhaut pathogener Diplobacillus. Möglich ist es, dass es sich hier um sekundär angesiedelte Bakterien handelt, da sich der Micrococcus pyogenes aureus et albus fast regelmässig im Bindehautsack und am Lidrand findet.

Die Intensität der Mitbeteiligung des Uvealtractus hängt bei dem Ulcus corneae serpens von verschiedenen Faktoren ab (Art und Menge der Infektionskeime, der Art der Läsion, der Beschaffenheit des Gefässsystems); sehr in Betracht kommt auch der Sitz des Geschwürs. Ist derselbe ein centraler, so ist die Mitbeteiligung eine heftigere, als bei peripheren.

Horstmann.

Scheibe, Ueber leichte Fälle von Mittelohrtuberkulose und die Bildung von Fibrinoid bei denselben. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXX. S. 366.

Sch. berichtet über 6 Fälle von chronischer Mittelohreiterung mit fast totaler Zerstörung des Trommelfelles, bei denen trotz jahrelang fortgesetzter

Behandlnng die Eiterung, wenn anch in geringem Grade, fortbestand. Nur 1 Fall heilte nach $2^1/_2$ Jahren. In allen Fällen trat plötzlich, ohne äussere Ursache, bedeutend stärkere Sekretion ein und nun fand sich im Promontorium oder in der Nähe des Tubenostiums ein grauer, dicker, erhabener Belag, der sich nicht loslösen liess. Erst nach mehreren Wochen stiess sich der Belag ab und nunmehr besteht die alte Mittelohreiterung wie vorher fort. Bei den meisten Kranken hatte sich dieser Belag nur einmal gebildet, nnr in einem Falle wiederholte er sich mehrmals. Die hakteriologische Untersuchung des Sekrets ergah jedesmal das Vorhandensein von Tuberkelhacillen; hei 2 Pat. fanden sich dieselben auch in Schnitten, die aus dem Belag angefertigt wurden. Nach Abstossung des Belages fiel die Untersnchung des Sekrets auf Tuherkelbacillen meistens negativ aus. Bei der nunmehr vorgenommenen Untersuchung des übrigen Organismus fanden sich in allen Fällen mehr oder weniger deutliche Anhaltspunkte für Tuberknlose auch im übrigen Körper; die tuberkulösen Veränderungen waren aber nnr leichter Art. Charakteristisch für die ebenfalls zu den leichteren zu rechnenden Formen der Mittelohrtuherkulose ist nach Verf. die grosse Zerstörnng am Trommelfell und teilweise auch an den Gliaknöcheln; auffällig ist ferner die leichte Durchgängigkeit der Tuben und die starke Herabsetzung der Hörweite. Am auffälligsten ist die grosse Hartnäckigkeit der Sekretion gegenüber der antiseptischen Behandlung. Bei der histologischen Untersuchung des Belages erwies sich derselhe als aus „Fihrinoid“ (hindfädig-netzförmige Snhstanz, welche im weiteren Verlaufe eine Zerklüftung zu kleinen Schollen und Bröckeln erfährt und schliesslich zu Detritus zerfällt) bestehend, wie es von Schmaus und Albrecht als Vorstufe der Verkäsung des Tuberkels beschrieben worden ist. Es ähnelt dem Fihrin, giebt aher nicht die Weigert'sche Fibrinreaktion.

Schwabach.

Rasumowsky, Die Operation der Nasenrachenpolypen mit vorhergehender Tracheotomie. Arch. f. klin. Chir. LIV. (2.)

Verf., der in den letzten 4 Jahren 7 Operationen ausgeführt hat, die sich auf Nasenrachenpolypen beziehen (eine relativ hohe Zahl), hält die nasalen Methoden für die passendsten und zieht sie den Methoden von Nélaton, Gussenbauer und Langenbeck vor. Die Operation von Ollier (Umklappen der Nase nach ahwärts über den Mund) mit vorhergehender Tracheotomie mit Anwendung der galvanocaustischen Schlinge und nachfolgender Tamponade des Pharynx ist seines Erachtens dasjenige Verfahren, welches hei grossen Nasenrachenpolypen die Vorzüge der grössten Gefahrlosigkeit darhietet. Bei Auftreten von Recidiven ist nicht ein möglichst hreiter Zugang zum Pharynx zu eröffnen, sondern mit Hülfe unschädlicher Methoden (Elektrolyse, Kauterisation, Abtragung der Geschwulst von der Nase) das Wachstum des Tumors aufzuhalten, bis der Kranke die Altersgrenze erlangt, wo der Tumor nicht mehr recidivirt und sich mitunter selbst ohne ärztliche Beihülfe zurückbildet.

W. Lublinski.

Digitized by Google

Gourc, L'amygdale de W. Meyer. Annal. des mal. de l'oreille du larynx 1897, No. 5.

Vf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen an 201 operirten Fällen von adenoider Vegetation zu dem Ergebnis, dass, wenn auch das Vorkommen tuberkulöser Vegetationen nicht zu leugnen ist, dasselbe immerhin eine ausserordentliche Seltenheit sei, da Verf. in seinen Fällen es nie gefunden. Die direkte Untersuchung, das Kulturverfahren, die Impfung, die histologische Untersuchung haben in keinem Fall weder eine Riesenzelle, noch ein Tuberkelknötchen, noch einen Koch'schen Bacillus ergeben.

W. Lublinski.

Rosenberg, Ueber die Wirkungen des Formaldehyds im Holzin und Steriform. Zeitschr. f. Hyg. XXIV. S. 448.

R. hat durch Abänderung der Technik, welche bisher bei den Versuchen mit Formaldehyd angewandt wurde, Fehler zu vermeiden versucht und dadurch bei Weitem bessere Resultate erzielt, als andere Experimentatoren. Das Holzin ist eine verdünnte Lösung von Methylalkohol mit 35 pCt. reinem Formaldehyd und 5 pCt. Menthol, welch' letzteres eine unlösliche Verbindung von Formaldehyd mit Methylalkohol, die Methylalbildung, bis auf ein Minimum verhindert und die explosible Fähigkeit des Methylalkohols aufhebt. Dieses Holzin wird mittelst eines einfachen dazu konstruirten Apparates auf einem Asbestteller verdampft, und zwar sollen stets 5 ccm für 1 cbm Raum gerechnet werden, während die Einwirkung gegen 3 Stunden betragen soll. Bei den auf diese Weise angestellten Versuchen stellte R. fest, dass das Formaldehyd nicht nur oberflächlich desinficirt, sondern auch in die Tiefe dringt.

Auch für die Sterilisation von chirurgischen Instrumenten und Verbandstücken hat R. das Holzin verwandt und bei 15 Minuten langer Einwirkung Keimfreiheit erzeugt. Sodann wurde das Formalin in einer Milchzuckerlösung oder auch als Steriform — im Wesentlichen ein Pulver aus Milchzucker + 5 pCt. Formaldehyd — als Konservirungsmittel für Nahrungsmittel erprobt. R. fand, dass die Milchbakterien durch einen Zusatz von Formaldehyd, 0,01—0,05 ccm auf 1 l, nicht abgetötet, wohl aber im Wachstum behindert werden, so dass die Milch weniger schnell sauer wird, die etwa in der Milch vorhandenen pathogenen Bakterien sollen aber mit Sicherheit abgetötet werden. Ein geringer Zusatz von Formaldehyd zu Nahrungsmitteln ist, wie R. an sich selbst feststellte, vollkommen unschädlich, auch wirkt das Präparat in der angewandten Milchzuckerlösung oder als Steriform nicht ätzend. Dies brachte R. endlich dahin, das Formaldehyd als Medikament zu verwerten. Er konnte feststellen, dass es den Körper als Formaldehyd passirt und als solches im Harn erscheint. Derartiger Harn verhindert die Entwicklung von Typhusbacillen, während diese auf normalem Harn lebhaft wachsen. Bei Tuberkulose, Erysipel, Diphtherie, Maul- und Klauenseuche der Rinder will R. bereits gute Resultate erzielt haben.

(Sollten die Angaben von anderer Seite Bestätigung finden, im Besonderen, dass eine Desinfektion mit Formalin derart durchführbar ist, dass das Formalin schnell aus den Räumen wieder entfernt wird, so wäre mit

dem Holzin alles Wünschenswerte erreicht: es könnte eine sichere Desinfektion ohne Beschädigung der Gegenstände unter geringem Kostenaufwande durchgeführt werden. Ref.) H. Bischoff.

Lindenthal, Ueber die sporadische Influenza. Wien. klin. Wochenschrift 1897, No. 5.

Da verschiedene Influenza-Epidemieen meist durch einen längeren Zeitraum getrennt sind, hat L. festzustellen versucht, ob auch in epidemiefreien Zeiten Influenzabacillen in den Fällen gefunden werden, welche klinisch als Influenza bezeichnet werden. Er konnte durch bakteriologischen Nachweis des Erregers feststellen, dass es auch eine sporadische Influenza giebt, dass auch in epidemiefreien Zeiten Erkrankungen vorkommen, welche sich weder ätiologisch, noch pathologisch-anatomisch von der epidemischen Influenza unterscheiden.

Während Pfeiffer und Beck das Fehlen von Fibrin in den pneumonischen Herden als typisch für Influenza angeben, fand L., dass das Exsudat in die Alveolen keineswegs stets eitrig ist, es kann stellenweise auch fibrinösen, bezw. serösen oder hämorrhagischen Charakter aufweisen. Die bei Influenza so häufigen Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase führt L. auf den Influenzabacillus zurück, und das Auftreten von Eitererregern hält er für eine Sekundärinfektion. Bei seinen Untersuchungen hat L. als charakteristisch für den Influenzabacillus die Kultur gefunden, während der Bacillus selbst in Grösse und Form wechselt. Die Kolonieen sind anfangs halbkugelig gewölbt, homogen, glasartig transparent, zeigen aber bei ungehindertem Wachstum vom zweiten Tage an im Centrum eine bröckelige Struktur, werden flacher, bläulich durchscheinend bis undurchsichtig.

Die Aufstellung einer besonderen Art als Pseudoinfluenzabacillus hält Verf. nicht für gerechtfertigt. H. Bischoff.

A. Arnheim, Sanoform, ein neues Ersatzmittel für Jodoform. Allg. med. Central-Ztg. 1896, No. 37.

Das Sanoform, Dijodsalicylsäuremethyläther, mit einem Jodgehalt von 62,7 pCt., stellt ein aus weissen Nadeln bestehendes, völlig geruch- und geschmackloses Pulver dar, das sich weder bei Aufbewahrung, noch bei Licht zersetzt. Es schmilzt bei 110° C., ist ziemlich leicht in Alkohol, sehr leicht in Aether und auch in Vaselin löslich; es ist vollkommen ungiftig. A. wandte dasselbe in 72 Fällen an Stelle des Jodoforms an, darunter 22mal bei Ulcus molle und 20mal bei Ulcus durum; die Anwendungsweise geschah entweder in Form von Streupulver oder als 10proc. Sanoformsalbe bezw. -Collodium. Die mit dem Mittel erzielten Resultate waren im Allgemeinen recht zufriedenstellende; besonders bemerkenswert ist die austrocknende Wirkung des Sanoforms. Lokale Reizerscheinungen oder allgemeine Intoxikationserscheinungen wurden in keinem Falle beobachtet. Der Preis ist nicht teurer, als der des Jodoforms. K. Kronthal.

Digitized by Google

Antichievich, Zwei Fälle von Glycerin-Intoxikation. Arch. f. Kinderhlk. XX. S. 91.

In beiden Fällen war die Intoxikation im Gefolge einer Einspritzung von (10proc.) Jodoformglycerinemulsion in ein erkranktes Gelenk aufgetreten. Im ersten Falle hatte ein 8jähr. Knabe 15 ccm der Emulsion erhalten; im zweiten Falle waren bei einem 11jährigen Knaben zwei Einspritzungen, die erste von 20 ccm, die zweite — 8 Wochen später — von 18 ccm gemacht worden. Beim ersten Knaben äusserte sich die toxische Wirkung des Glycerins durch das Auftreten einer akuten Nephritis, welche auf Milchdiät in 3 Wochen glücklich ablief. Der zweite Knabe reagirte auf die erste Injektion nur mit leichtem Fieber, nach der zweiten bot er die Erscheinungen der Hämoglobinurie und eine 8 Tage lang anhaltende Polyurie. Eine dritte Einspritzung, bei welcher man das Glycerin durch Olivenöl ersetzte, vertrug der Knabe völlig anstandslos.

Von Wichtigkeit ist die Thatsache, dass so ernste Erscheinungen auch nach Verbrauch von relativ geringen Mengen des Medikaments sich einstellen können. Verf. rät deshalb, das Glycerin durch Olivenöl zu ersetzen, oder, falls dieser Ersatz nicht zweckentsprechend erscheint, immer nur geringe Quantitäten Glycerin auf einmal zu injiciren. Bei Kindern soll man nie mehr als 5—10 ccm auf einmal einspritzen und die Injektion je nach Bedarf alle 4—6 Wochen wiederholen. Stadthagen.

B. Bramwell, Enormous primary sarcoma of the liver in which a large blood cyst, simulating an hepatic abscess, has developed. Edinb. med. journ. 1896, Oct.

Der in der Ueberschrift gekennzeichnete Fall betraf eine 25 Jahre alte Dame. Von Interesse ist einmal die Seltenheit des Vorkommens eines primären Sarkoms in der Leber, ferner die Ausdehnung des Tumors, und endlich das Vorhandensein einer einen Leberabscess vortäuschenden Blutcyste innerhalb des Sarkoms, welche nicht weniger als 53 Unzen einer bräunlichen Flüssigkeit enthielt. Die Kranke starb nach der Entfernung des Tumors. C. Rosenthal.

C. Goebel, Casuistischer Beitrag zur Frage des Vorkommens des Processus vermiformis im Bruchsack bei Kindern. Deutsche med. Wochenschrift 1896, No. 29.

Bei zwei Knaben, der eine im Alter von 3 Monaten, der andere zwei Jahre alt, die gleichzeitig an congenitaler Phimosis litten, fand G. in der Hernia inguinalis den Processus vermiformis eingeschlossen. Nachdem im ersten Falle die Phimosis durch dorsale Spaltung beseitigt worden war, wurde die Radikaloperation der linksseitigen indirekten Inguinalhernie vorgenommen. Die Wunde heilte per primam intentionem. Der Knabe genas vollkommen und sein Ernährungszustand war ein völlig guter. Auch im zweiten Falle war der operative Erfolg ein vollkommener. In beiden Fällen zeigte sich die schon oft beobachtete Coincidenz von congenitaler Phimosis und einer Hernie. Der Wurmfortsatz wurde beide Male nicht

Digitized by Google

resecirt; der Schluss des Leistenkanals wurde im ersten Falle mittelst Silberdraht, im zweiten mittelst Juniperuscatgut vorgenommen.

C. Rosenthal.

J. Hoffmann, Casuistische Mitteilungen aus der Heidelberger medicinischen Klinik (Prof. Erb). D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1896. IX. (3/4.)

Der erste Fall, den H. mitteilt, betrifft einen Kranken mit chronischer progressiver Bulbärparalyse nach chronischer Bleiintoxikation, der als Initialsymptom anfallsweise ein spontan auftretendes Zittern des Unterkiefers zeigte; auch war der Unterkieferclonus leicht auszulösen. Ferner gelang es, mittelst Reizung durch die galvanische Kathode Schluckbewegungen von der Wangen-Unterkieferhaut auszulösen. — Im zweiten Fall konnte bei linksseitiger, im 3. Lebensjahre entstandener, wahrscheinlich corticaler Facialislähmung (Encephalitis?) schon bei der geringsten Stromstärke (ohne Stromschleifenwirkung) durch Reizung der rechten Gesichtshälfte in der linken contralaterale elektrische Reflexzuckungen ausgelöst werden. — Alsdann werden 3 Fälle von Arbeitsparesen an den unteren Extremitäten mitgeteilt; es handelt sich um 2 Arbeiter und 1 Arbeiterin, die bei dem Rübenversetzen eine kniehockende Stellung einnahmen und eine Lähmung der linksseitigen Unterschenkelmuskulatur (Nn. peronens und tibialis) sich zuzogen; es bestand eine Nervendrucklähmung, die ebenso zu beurteilen ist und verläuft, wie die bekannten Radialis-Drucklähmungen. — Ein weiterer Fall handelt von einer Komplikation von Thomsen'scher Krankheit mit Neuritis multiplex. Es bestanden alle Erscheinungen der Myotonia congenita (Kontraktionsdauer der Muskeln nach Willkür-Innervation, mechanische und elektrische MyR, rhythmische Wellenbewegung, Hypervolumen der Muskelfasern), subnormale geistige Veranlagung und neuritische Atrophie der Beuger der Vorderarme und der kleinen Handmuskeln. Die akut aufgetretene Neuritis wird als zufällige Komplikation der Myotonie betrachtet. Einen Beitrag zur Lehre von der Tetanie liefert der letzte Fall; hier tritt nach dreimaliger partieller Kropfexstirpation (1883, 1885, 1890) eine Tetanie auf; dieselbe zeigte sich erst nach der dritten Operation, die in einer fast totalen Entfernung der Schilddrüse bestand. Neben den Erscheinungen der Tetanie traten zugleich Erscheinungen von Myxödem auf. H. weist noch besonders auf die ungünstige Wirkung der Kälte auf die Tetanie-Entwicklung, wie auch auf den Verlauf des Myxödems hin, sowie auf die mehrfachen Berührungspunkte zwischen Kropf, Myxödem und Tetanie.

S. Kalischer.

P. Rona, Die Genese der paraurethralen Gänge, mit besonderer Rücksicht auf die gonorrhoische Erkrankung derselben. (Aus dem Privatlaboratorium des Dr. Ehrmann in Wien.) Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXIX. S. 27.

Vf. unterscheidet nach seinen Beobachtungen folgende Arten von paraurethralen Gängen: 1. Hohlgänge, die mit punktförmigen Oeffnungen am Orificium urethrae, teils in den Urethrallippen, teils an der Frenularkommissur münden; 2. bei Hypospadie Gänge in der Furche, welche von der an der Unterfläche des Penis liegenden Harnröhrenmündung zur Spitze der

Glans zieht; 3. Paraurethralgänge, die zwischen den beiden Blättern des Präputiums zum Limbus desselben gehen; 4. präputiale, an der Innenfläche der Vorhaut mündende Gänge; 5. im Frenularkörper liegende und 6. an der Unterfläche des Penis in der Raphe oder schräg über dieselbe verlaufende Gänge. Schon der Umstand, dass alle diese Gänge sehr häufig neben anderen Entwicklungsanomalien der Harnröhre vorkommen, spricht dafür, dass sie auf embryonale Störungen zurückzuführen sind, auch lässt sich meist ihr congenitales Vorhandensein feststellen. Wie der Verf. eingehend auseinandersetzt, denkt er sie sich entstanden durch Verwachsung der Ränder von sekundären Längsfalten der embryonalen Urethralrinne. — Die paraurethralen Gänge haben alle eine schleimhautähnliche Wandung; nur die unter 4. erwähnten, an der Innenfläche der Vorhaut mündenden, aus Faltungen des Präputialsackes hervorgegangenen präputialen Gänge zeigen Hautcharakter und sind bis zum Grunde mit einer Hornschicht bekleidet. Sie erkranken deshalb auch, im Gegensatz zu den anderen, niemals gonorrhoisch. H. Müller.

A. Doran, Capsules false and real in ovariotomy: with notes of six cases. Brit. med. journ. 1896, April 18.

Vf. erläutert an 2 fingirten Beispielen den Befund, welchen ein Operateur bei einer einfachen Ovarialcyste und bei einer solchen mit entzündlichen Adhäsionen erheben kann, wo bei letzteren durch die Adhäsionen eine Kapsel vorgetäuscht wird und die er daher falsche Kapselcysten nennt: die pseudo-intraligamentären Ovarialtumoren Pawlik's. An der Hand von recht instruktiven schematischen Zeichnungen erläutert Vf. die anatomischen Verhältnisse der Ovarial- und Parovarialcysten unter Zugrundelegen von Beispielen aus seiner eigenen Praxis. A Martin.

H. Ludwig, Eierstocksschwangerschaft neben normaler uteriner Schwangerschaft; Laparotomie am fünften Tage nach der Spontangeburt der uterinen Frucht. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 27.

Vf. stellt aus der Litteratur 18 Fälle von Ovarialgravidität zusammen und giebt selbst die Krankengeschichte eines von ihm beobachteten Falles von Ovarialgravidität neben normaler uteriner Schwangerschaft wieder. Bei der Beleuchtung der Ausgänge für Mutter und Kind, sei es bei einfacher Ovarialgravidität oder bei einer mit normaler Schwangerschaft complicirten, kommt Verf. zu dem Resultat, dass sein Fall mit dem günstigen Ausgang für Mutter und der Erhaltung beider reifen Kinder bis jetzt einzig dastehe. Zur Unterstützung der Diagnose der Ovarialgravidität verlangt er ebenso wie das von den anderen Autoren geschieht: 1. dass beide Tuben und ein Ovarium unbeteiligt sind; 2. dass das zweite Ovarium fehlt und einen Teil der Sackwand bildet; 3. dass das eine Lig. ovarii proprium in den Sack übergeht. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **21. August.** **No. 34.**

Inhalt: DE JAGER, Eine neue Methode zur Bestimmung freier Säure neben Phosphaten. (Original-Mitteilung.)

BURIAN und SCHUR, Nucleinbildung im Säugetierorganismus. — SCHULZ, Methode der Fettbestimmung. — LOEWY, Ueber Blutveränderungen. — BRAMWELL und STILES, AHLENSTIEL, Fälle von Lebergeschwülsten. — WACHSMANN, Wundheftklammern. — PORGES, Fall von Magencarcinom. — LYMPIUS, Struma accessoria der Zungenbasis. — BEHRENDSEN, Ueber die Ossifikation der menschlichen Hand. — FEIN, Eucaïn in der Rhino-Laryngologie. — FINDER, Ueber maligne Nasengeschwülste. — LOP, Pocken in Marseille. — LEXER, Rachenschleimhaut und pyogene Infektion. — STRAUSS, Guajeeetin bei Lungentuberkulose. — ALT, Durchfall nach Milchgenuss. — BRÖSE, Gonorrhoische Peritonitis. — BUCCELLI, Fälle von beschränkter Parästhesie. — ROSIN, Bau der Ganglienzellen. — ROSIN, GRABOWER, Tabes dorsalis. — KÖPPEN, Ueber Hirnrindenerkrankung. — NEUMANN, Multiple Dermatome. — GROSGLIK, Gumma der Prostata. — VIDAL-SOLARES, Behandlung von Herpes tonsurans mit Formalin. — RICHELOT, Ueber Beckeneiterungen. — KOMMERELL, Nachblutungen aus der Nabelschnur. — FRITSCH, Tod nach Laparotomie. — HEIL, Körpergewicht normaler Wöchnerinnen.

Eine neue Methode zur Bestimmung freier Säure neben Phosphaten.

Von

Dr. L. de Jager, prakt. Arzt zu Stiens (Holland).

Im Jahre 1889 hat Dr. HANS LEO[1]) eine Methode angegeben zur Trennung der freien Säure von sauren Phosphaten, die — auch nachdem die Methode zum Teil modificirt worden — nicht allgemein angenommen worden ist. Die von mir jetzt ausgearbeitete Methode beruht zum Teil auf demselben Prinzip.

Es können in einer Flüssigkeit neben freier Säure nur Monophosphate zugegen sein; wenn Kalk zugegen ist, so muss dieser als $Ca(H_2PO_4)_2$ an-

[1]) Dieses Centralblatt 1889, S. 451.

wesend sein, weil lösliche Kalksalze neben Alkaliphosphaten nicht zugegen sein können.

Wenn man eine solche Flüssigkeit mit Alkali titrirt unter Anwendung von Phenolphthaleïn, so wird Rotfärbung auftreten, wenn die Säure in neutrales Salz übergegangen ist, alles Calcium als $Ca_3(PO_4)_2$ ausgefällt ist und daneben Dialkaliphosphat zugegen ist.

Wenn jetzt $CaCl_2$ im Ueberschuss hinzugefügt wird, so gehen die Alkaliphosphate in Dicalciumphosphat über, das jetzt durch mehr Alkali gänzlich in $Ca_3(PO_4)_2$ übergeht.

Wenn keine Erdphosphate zugegen sind, so hat man folgende Gleichungen:

$$HCl + NaOH = NaCl + H_2O$$
$$NaH_2PO_4 + NaOH = Na_2HPO_4 + H_2O$$

und weiter

$$Na_2HPO_4 + CaCl_2 = CaHPO_4 + 2\,NaCl$$
$$3\,CaHPO_4 + 3\,NaOH = Ca_3(PO_4)_2 + Na_3PO_4 + 3\,H_2O$$
$$2\,Na_3PO_4 + 3\,CaCl_2 = Ca_3(PO_4)_2 + 6\,NaCl$$

oder

$$3\,CaHPO_4 + 2\,NaOH = Ca_3(PO_4)_2 + Na_2HPO_4 + 2\,H_2O$$
$$Na_2HPO_4 + CaCl_2 = CaHPO_4 + 2\,NaCl$$

u. s. w.

Wenn zugegen sind $xHCl$ und $yNaH_2PO_4$, so sind zur Neutralisation nötig $x + yNaOH$, nach $CaCl_2$-Zusatz noch $yNaOH$: $x + y - y = xHCl$. Ist dagegen Kalk zugegen, so haben folgende Reaktionen statt:

$$HCl + NaOH = NaCl + H_2O$$
$$NaH_2PO_4 + NaOH = Na_2HPO_4 + H_2O$$
$$3\,Ca(H_2PO_4)_2 + 8\,NaOH = Ca_3(PO_4)_2 + Y\,Na_2HPO_4 + 8\,H_2O.$$

Hieraus ist leicht ersichtlich, dass zur gleichen Menge P_2O_5, wenn dieselbe anwesend ist als $Ca(H_2PO_4)_2$ $1^1/_3$mal soviel NaOH nötig ist, als für NaH_2PO_4. Die scheinbare Aciditätszunahme durch $CaCl_2$-Zusatz wird nun eben soviel geringer ausfallen.

Es sind zugegen: $xHCl$, $yNaH_2PO_4$ und $zCa(H_2PO_4)_2$. — Die erforderliche Menge NaOH beträgt $x + y + 2^2/_3\,z = A$, nach $CaCl_2$-Zusatz noch $y + 1^1/_3\,z = B$.

Titrirt man aber nicht mit NaOH, sondern mit Kalkwasser, so ändert sich die Sache.

$$2\,HCl + Ca(OH)_2 = CaCl_2 + 2\,H_2O$$
$$4\,NaH_2PO_4 + 3\,Ca(OH)_2 = Ca_3(PO_4)_2 + 2\,Na_2HPO_4 + 6\,H_2O$$
$$Ca(H_2PO_4)_2 + 2\,Ca(OH)_2 = Ca_3(PO_4)_2 + 4\,H_2O.$$

Erforderlich sind dieserhalb $x + 1^1/_2\,y + 4\,z = C$, nach $CaCl_2$-Zusatz noch $^1/_2\,y = D$.

Aus obigen Gleichungen geht hervor:

$$C - A = x + 1^1/_2\,y + 4\,z - x - y - 2^2/_3\,z = {}^1/_2\,y + 1^1/_3\,z$$
$$C - 3\,(C - A) = x + 1^1/_2\,y + 4\,z - (1^1/_2\,y + 4\,z) = x$$
$$x = 3\,A - 2\,C.$$

Eine andere Methode besteht darin, dass vorher der Kalk mittelst Oxalsäure ausgefällt wird. Wenn jetzt mit NaOH titrirt wird, so tritt die

Rotfärbung auf, wenn alles Phospbat in Dipbosphat übergegangen ist, das heisst wenn a Oxalsäure binzugefügt ist, mit $x + a + y + 2z$ NaOH (E). Nach $CaCl_2$-Zusatz sind erforderlicb weitere $y + 2z$ NaOH(F), woraus wieder leicht x berechnet werden kann.

Die Metbode lehrt aber ausserdem den Gebalt an P_2O_5, Ca und Na, d. b. wenn die Erdalkalien sämmtlich als Ca, die Alkalien als Na berecbnet werden.

Um Na_2HPO_4 nach $CaCl_2$-Zusatz in Triphosphat überzuführen, ist soviel NaOH erforderlich, dass 1 ccm einer Zebntelnormallauge 7,1 mg P_2O_5 entspricht. Nacb Ausfällung des Kalkes mittelst Oxalsäure entspricbt die Formel $F (= y + 2z)$ deshalb $7{,}1 (y + 2z) P_2O_5$.

Wenn obne jeden Zusatz titrirt wird, so ist nacb $CaCl_2$-Znsatz erforderlich $y + 1^1/_3 z$ NaOH (B). Dieses entspricht $(y + 1^1/_3 z) \times 7{,}1$ mg P_2O_5. Der Rest der P_2O_5 war jetzt an Ca gebunden zu $Ca_3(PO_4)_2$, das beisst $^2/_3 z \times 7{,}1$ mg. 1 mg P_2O_5 bindet 1,183 mg CaO. Weil aber $Ca(H_2PO_4)_2$ ursprünglich zugegen war, so ist $2z \times 7{,}1$ mg P_2O_5 an CaO gebunden gewesen, 7,1 y mg P_2O_5 war als NaH_2PO_4 anwesend.

Es sind also in der ursprünglichen Flüssigkeit anwesend ($7{,}1 \times 1{,}183$ gleich 8,1):

$$\begin{aligned} HCl &- 3{,}65\ x \text{ mg} \\ P_2O_5 &- 7{,}1\ (y + 2z) \\ CaN &- 8{,}1 \times 2z \\ Na_2O &- 3{,}1 \times y, \end{aligned}$$

wenn x, y und z in 1 ccm einer Zehntelnormallauge ausgedrückt sind.

Um ricbtige Zahlen zu bekommen, muss die Flüssigkeit gekocbt werden, weil soust zu wenig Alkali gefunden wird. Wahrscbeinlich entstebt neben $CaHPO_4$ etwas Na_3PO_4, woraus sicb beim Kochen $Ca_3(PO_4)_2$ und Na_2HPO_4 bilden. Auch ist Verdünnung nicbt zulässig. Wenn man nämlich zu einer nentralen, $Ca_3(PO_4)_2$ haltenden Flüssigkeit Wasser hinzufügt, so wird dieselbe bei Anwesenheit von Phenolphthaleïn rot. Die Ursache liegt weder in einer Lösung des Calciumphosphats, noch in einer Dissociirung wie COURANT[1]) vermutet, sondern lediglich in einer Spaltung dnrcb Phenolphthaleïn.

Wenn man zu einer Lösung Lauge binzufügt, bis eben Rotfärbung auftritt, wobei das $Ca_3(PO_4)_2$ ansfällt und jetzt filitrirt, so ist die ablaufende Flüssigkeit farblos und der Niederschlag rötlicb. Uebergiesst man jetzt das Filter mit Wasser, so bekommt man ein rotgefärbtes Filtrat. Nach COURANT würde folgende Reaktion platzgegriffen haben:

$$Ca_3(PO_4)_2 + 2\,H_2O = 2\,CaHPO_4 + Ca(OH)_2.$$

Ich habe den Versuch wiederholt und gefnnden, dass das Wascbwasser nur so lange eine rote Farbe annimmt, als nocb Phenolpbthaleïn auf dem Filter anwesend ist. Ist hier die rote Farbe verscbwunden, so wird aucb das Filtrat farblos und bleibt farblos auch nach Zusatz von Phenolphthaleïn. Wenn aber zu dem Wascbwasser ein Tropfen Phenolphthaleïn hinzugefügt wird, bevor man den Niederschlag damit übergiesst, so wird das Filtrat

[1]) Pflüger's Archiv. Bd. X.

sogleich rot. Das Phenolphthaleïn entzieht dem Calciumphosphat ein Atom Ca. Dieser Indikator (und ebenso die anderen Farbstoffe) ist eine Säure, die in Wasser schwer löslich ist.

Weil $Ca_3(PO_4)_2$ ebenso unlöslich ist, so findet keine gegenseitige Wirkung statt. Je mehr Wasser aber hinzugefügt wird, desto mehr Phenolphthaleïn wird gelöst und desto stärker wird die Rotfärbung, d. h. es ist eben mehr Phenolphthaleïnsalz anwesend.

Kontrollversuche gaben mir gute Resultate. Ich könnte ein Beispiel hinzufügen, aber um Raum zu ersparen, glaube ich dieses unterlassen zu können.

Die Ausführung ist folgende:

1. Man titrirt z. B. 10 ccm der Flüssigkeit mit einer Zehntelnormal-NaOH-Lösung und bringt die Flüssigkeit zum Kochen, titrirt, bis Rotfärbung bleibt.

2. Jetzt wird $CaCl_2$ hinzugefügt und weiter titrirt. Eine zweite Probe wird mit z. B. 5 ccm $\frac{N}{10}$ Oxalsäure gekocht, titrirt und ebenso nach $CaCl_2$-Zusatz. Es wird so viel $CaCl_2$ hinzugefügt, bis die rote Farbe nicht mehr verschwindet. Wenn man mehr Flüssigkeit hat, so wiederholt man den Versuch mit Kalkwasser.

Es kann nützlich sein, eine grössere Menge Alkali hinzuzufügen und mit Säure zurück zu titriren, was mit denselben Proben angestellt werden kann. Dann hat man aber darauf zu achten, dass, wenn Kalkwasser zur Titrirung benutzt wurde, nur Oxalsäure zulässig ist, weil sonst lösliche Kalksalze auf die Alkaliphosphate einwirken würden und dass diese Säure beim Titriren mittelst NaOH nicht gebraucht werden darf, weil dadurch CaO ausgefällt wird und Calciumphosphat in Natriumphosphat übergehen würde.

Ob sich die Methode zur Untersuchung des Magensaftes brauchbar erweisen wird, weiss ich nicht. In Milch gab sie mir ausgezeichnete Resultate, worüber ich später zu berichten hoffe.

Stiens, im Juli 1897.

R. Burián und **H. Schur,** Ueber Nucleinbildung im Säugetierorganismus. I. Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S. 55.

Die Verff. haben sich die Frage vorgelegt, ob im Säugetierorganismus Xanthinbasen entstehen können, oder der Organismus von vornherein einen Vorrat von diesen mitbekommt und bei dem Wachstum unter Verwendung derselben Nuclein bildet. Diese Frage ist dadurch zu entscheiden, dass man den Xanthinkörper-Gehalt im ganzen Körper neugeborener Tiere bestimmt, dann die Kontrolltiere nach Ablauf der Säuglingsperiode tötet und gleichfalls die Xanthinbasen ermittelt. Die Xanthinbasen wurden nach KOSSEL bestimmt, der N-Gehalt der Silberniederschläge festgestellt. Ursprünglich sollte auch das Krüger-Wolff'sche Verfahren benutzt werden; es zeigte sich aber bald, dass dieses im vorliegenden Falle unverwendbar ist, weil es infolge der Mitfällung von Albumosen zu hohe Werte liefert. In besonderen Versuchen ermittelten die Verff., dass von der Protalbumose

14,1 pCt., von der Heteroalbumose 12,3 pCt., von der Deuteroalbumose 7,7 pCt. durch das Krüger-Wolff'sche Reagens gefällt werden. Im Uebrigen muss bezüglich mancher Einzelheiten der Methodik auf das Orig. verwiesen werden.

Was die Ernährung betrifft, so fanden die Verff. in 1 Liter Kuhmilch 0,00412—0,0064—0,0052 Xanthinbasenstickstoff, also Quantitäten, die fast als bedeutungslos zu betrachten sind.

Von 2 Kaninchen desselben Wurfes von 46,7 und 47 g Körpergewicht lieferte das eine, sofort untersucht, im Ganzen 0,0274 g Xanthinbasen-N, das andere 18 Tage später, nachdem es ein Gewicht von 204 g erreicht hatte, 0,1215 g. Bei einem anderen Kaninchenpaar von 38,8 resp. 37,9 g Anfangsgewicht sind die entsprechenden Werte 0,0263 und 0,1630 g. Die Tiere hatten also in 18 Tagen je ca. 0,1 g Xanthinbasen-N aufgespeichert. Wollte man annehmen, dass diese N aus der Milch stamme, so hätten die Tiere unter der Voraussetzung, dass die Kaninchenmilch ungefähr ebensoviel Xanthinbasen enthalte, wie die Kuhmilch, ca. 20 Liter Milch aufgenommen haben müssen, eine Annahme, die offenbar ungereimt ist.

Ganz ebenso war das Resultat bei 2 Paaren wachsender Hunde: Die Anfspeicherung an Xanthinbasen-N betrug hier ca. 0,3 g. Dass diese Xanthinbasen nicht aus der Milch stammten, konnte in diesem Fall direkt durch die Untersuchung der Milch des säugenden Hundes erwiesen werden. Es unterliegt also keinem Zweifel, dass sich Xanthinbasen im Organismus neu bilden. Um sicher zu sein, dass es sich hierbei nicht um Bildung von freien Xanthinbasen handle, sondern um die im Nuclein enthaltenen, wurde in weiteren Versuchen die Quantität des organisch gebundenen Phosphors in derselben Weise bestimmt. Derselbe stieg bei den angewendeten Hunden von 0,062 g auf 0,214 g, resp. von 0,068 g auf 0,235 g, fast parallel den in diesem Fall gleichzeitig bestimmten Xanthinbasen-N. — Vermutlich ist irgend eine Gruppe des Eiweissmoleküls der Umwandlung in die Xanthinbasengruppe fähig.

(Es ist einigermassen auffällig, dass die Verff. nicht auch die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass das Paranuclein der Milch durch Anfügung der Xanthinbasen zu Nuclein werden könnte. E. Salkowski.

Fr. N. Schulz, Ueber die Verteilung von Fett und Eiweiss beim mageren Tier, zugleich ein Beitrag zur Methode der Fettbestimmung. Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 66. S 145.

Nachdem durch Dormeyer gezeigt war, dass einfache Aetherextraktion zur Fettbestimmung im Muskelfleisch nicht genüge, dasselbe vielmehr zunächst verdaut werden müsse, lag die Aufgabe nahe, zu prüfen, ob die Verdauungsmethode auch für die Fettbestimmung in anderen Organen notwendig und anwendbar sei. — Schulz untersuchte deshalb diese Frage an sämmtlichen Organen zweier Hunde. Die Organe wurden zorhackt, getrocknet, pulverisirt, in der Hauptmenge des Fettes nach Soxhlet befreit. Dann wurden sie der Verdauung mittelst Pepsin-Salzsäure unterworfen und von neuem mit Aether extrahirt. Benutzt wurden die Organe zweier auf's Aeusserste abgemagerter Tiere, um zugleich zu entscheiden, eine wie grosse

Menge von Reservestoffen, d. h. in diesem Falle Fett, einem solchen Tier noch zur Verfügung steht und wie sich dasselbe auf die einzelnen Organe verteilt.

Der Verf. fand: 1. Die Verdauungsmethode lässt sich zur quantitativen Fettbestimmung auf sämmtliche Organe anwenden und ist unbedingt erforderlich. Nur bei dem eigentlichen Fettgewebe und dem Hirn erhält man durch einfaches Extrahiren so grosse Mengen Fett, dass man auf die Verdauungsmethode event. verzichten kann. Die Differenzen betrugen hier nur ca. 5 pCt., bei den übrigen Organen zwischen 15 und 58 pCt.

2. Das Aussehen giebt keinen Anhaltspunkt für den Fettgehalt des mageren Tieres; ebenso genügt eine mehr oder weniger ausgedehnte Hungerperiode nicht, um ein Tier fettfrei zu machen, oder wenigstens auf einen bestimmten untersten Fettgehalt zu bringen. Beide Hunde des Verfassers sahen gleich fettarm aus, trotzdem enthielt der eine bedeutend mehr als der andere.

Aus gleichzeitig vorgenommenen Stickstoffbestimmungen ergab sich, dass 3. der Stickstoffgehalt der verschiedenen trockenen, fettarmen Organe annähernd der gleiche ist.

Während das eigentliche Fett im Hunger in allen Organen abzunehmen scheint, ändert sich der Cholesteringehalt der einzelnen Organe nicht, so dass der Aetherextrakt eine relative Zunahme der Cholesterinmenge aufweist. Die Untersuchungen hierüber sollen fortgesetzt werden.

A. Loewy.

A. Loewy, Ueber Veränderungen des Blutes durch thermische Einflüsse. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 41.

Verfasser fand, dass das Blut von Tieren, die erwärmt werden, sei es längere Zeit, sei es nur für wenige Minuten, wässeriger wird, dass seine Dichte abnimmt. Demgegenüber wird das Blutserum nach längerer Erwärmung dichter gefunden, nach kurzer (wenige Minuten) zeigt seine Dichte sich nicht verändert. Die Befunde können nicht durch Aenderungen der absoluten Menge von Plasma oder körperlichen Elementen erklärt werden, etwa auf Grund von osmotischen oder Filtrationsprozessen, sondern nur durch geänderte Verteilung der körperlichen Bestandteile im Gefässsystem. Die Erweiterung des Hautcapillarsystems, welche die Wärme herbeiführt, lässt einen Teil der Blutzellen in dieses übertreten. Das bedeutet natürlich eine Verarmung der übrigen Gefässe an Zellen, eine geringere Dichte, eine relative Zunahme des Blutwassers in ihnen. A. Loewy.

---

1) **B. Bramwell** and **H. Stiles,** A case of deep-seated tropical abscess of the liver treated by transthoracic hepatotomy; recovery. The Lancet 1896, Sept. 12.

2) **W. Ahlenstiel,** Die Lebergeschwülste und ihre Behandlung. Arch. f. klin. Chir. LII. S. 903.

1) Aus der Operationsgeschichte des 28jähr. Pat., bei welchem vorher durch Probepunktion die Diagnose gesichert worden war, ist hervorzuheben, dass nach Excision eines 1 Zoll breiten und 2¼ Zoll langen

Stückes der VII. und VIII. Rippe in der Linea axillaris media und nach Eröffnung der Pleura costalis wie des Diaphragmas durch Kreuzschnitt die auf diese Weise gebildeten 4 Lappen mit einer die Pleurahöhle abschliessenden, die Pleura costalis und visceralis vereinigenden Naht verbunden wurden. Der Abscess lag hinten und etwas nach oben in der Leber, etwa 1 Zoll unterhalb ihrer Oberfläche, eine einzige Höhle von Kindskopfgrösse, ohne Ausbuchtungen, mit weichen, leicht brüchigen Wandungen bildend. Der Inhalt von schleimiger Konsistenz bestand vornehmlich aus Detritus mit roten und weissen Blutelementen ohne Mikroorganismen. Drainage durch Gummischlauch, dessen letztes Ende über ein Glasrohr gezogen war. Jodoformtamponade; Heilung in 7 Wochen.

2) Das Resumé Verf.'s, der einen Fall von Gummigeschwülsten, durch Laparotomie diagnosticirt, aus dem Charité-Krankenhaus in Berlin ausführlich wiedergiebt, lautet: 1. Von den Lebergeschwülsten braucht eine Kategorie, die allgemeinen und entzündlichen Stoffwechselkrankheiten, nicht operirt werden; eine andere, die meisten eigentlichen Lebertumoren, kann und die dritte, nur das multilokuläre Carcinom oder Sarkom, darf nicht operirt zu werden. 2. Die unblutigen Untersuchungsmethoden lassen bei Erkennung der Lebertumoren oft im Stich, und in solchen Fällen soll die Laparotomia exploratoria ausgeführt werden, weil sie a) nicht gefährlicher ist, als die anderen blutigen Untersuchungsmethoden, b) im Falle, dass ein operabler Tumor vorliegt, die sofortige Exstirpation ermöglicht; im andern Falle entweder nicht schadet oder oft von therapeutischem Einflusse ist.

P. Güterbock.

S. Wachsmann, Heftklammern für Wunden. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 45.

Wiedererfindung der SÜLZER'schen Klammern (s. SZYMANOWSKI, Handbuch der operativen Chirurgie. S. 110). Die Klammern sind gesetzlich geschützt und bei Herrn H. Schulze, Ziegelstr. 13, zu haben. (!!!)

P. Güterbock.

R. Porges, Ein Fall von Carcinoma ventriculi durch Resektion geheilt; seit 6 Jahren ohne Recidive. Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 36.

In dem betreffenden Falle, der von MAYDL operirt worden ist, wurde ein 18 cm langes, 17 cm breites Magendarmstück resecirt; es wurden also 360 cm^2 von der Magenoberfläche entfernt; vom Magen blieb nur ein circa 3 cm breiter Streifen an der Cardia zurück. Der Defekt wurde durch cirkuläre Etagennaht verschlossen. Die Operation war ziemlich schwierig, weil der Tumor mit dem Pankreas breit verwachsen war; carcinomatöse Drüsen wurden bei der Operation nicht gefunden. Borchardt (Berlin).

M. Lympius, Struma accessoria der Zungenbasis. Exstirpation. Heilung. D. Zeitschr. f. Chir. XLIV. (5.) S. 451.

L. berichtet über einen der seltenen Fälle von accessorischer Struma an der Zunge.

Die Exstirpation des Tumors wurde nach der von Kocher für die Exstirpation der Zunge angegebenen Methode ausgeführt; vorher wurde die Tracheotomia inf. gemacht. Borchardt.

Behrendsen, Studien über die Ossifikation der menschlichen Hand vermittelst des Röntgen'schen Verfahrens. (Aus dem physikalischen Laboratorium der Kaiser Wilhelms-Akademie zu Berlin.) D. med. Wochenschr. 1897, No. 27.

Während früher das genauere Studium der fortschreitenden Ossifikation nur auf dem Wege einer mühsamen und zeitraubenden anatomischen Präparation sich ermöglichen liess, ist es jetzt mit Hülfe des Röntgen'schen Verfahrens ein Leichtes, die Knochenbildung des wachsenden Körpers schon intra vitam in einfachster Weise zur Anschauung zu bringen. So erläutert B. in der vorliegenden Arbeit an der Hand einer Serie von Röntgenbildern den normalen Ossifikationsprozess der menschlichen Hand von der Geburt bis zur Beendigung des Wachstums.

Die Reihenfolge, in der nach B.'s zahlreichen Beobachtungen die einzelnen Knochenkerne in der Regel zu erscheinen pflegen, ist folgende: Os capitatum, Os hamatum, Basal Epiphysen der ersten Phalanx dig. II—V, Epiphyse des Radius, Basal-Epiphysen der Metacarpi II—V, Capitula der Metacarpi II—V, Basal-Epiphysen der zweiten Phalanx dig. II—V, Basal-Epiphysen der dritten Phalanx dig. II—V, Basal-Epiphysen der ersten Phalanx pollicis, Basal-Epiphysen der zweiten Phalanx pollicis, Os triquetrum, Basal-Epiphyse des Metacarpus pollicis, Os lunatum, Os multangulum majus, Os scaphoideum, Os multangulum minus, Epiphyse der Ulna, Os pisiforme, Os sesamoides pollicis.

Die von B. gewählte Methode des Studiums der Ossifikationsvorgänge, soweit dieselben makroskopisch verfolgbar sind, dürfte einen erheblichen Vorteil vor der bisher benutzten bieten, nicht zum wenigsten, weil sie es ermöglicht, ohne besondere Schwierigkeit zu einem umfangreichen und beweiskräftigen Material zu gelangen. Joachimsthal.

Fein, Ueber die Anwendung des Eucaïn in der Laryngologie und Rhinologie. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 22.

Das Eucain erzeugt in 10proc. Lösung eine Anästhesie und Herabsetzung der Reflexerregbarkeit, welche hinreicht, um Eingriffe in Nase, Rachen und Kehlkopf fast schmerzlos ausführen zu lassen; diese Wirkungen sind jedoch nicht so intensiv, wie beim Cocain, und treten etwas später ein; auch ist die Dauer der Wirkung eine geringere. Eine Abschwellung der Nasenschleimhaut tritt nicht ein. Nach der Einpinselung erfolgt ein geringes Gefühl von Brennen. Unangenehme Nebenwirkungen traten nicht ein. Die Lösungen zersetzen sich nicht nach längerem Aufbewahren oder nach Kochen und sind daher sterilisirbar; auch ist das Eucain billiger. W. Lublinski.

Finder, Einige Bemerkungen über maligne Nasengeschwülste. Archiv für Laryngol. u. Rhinol. V. S. 302.

Unter etwa 28,000 Kranken fanden sich 10 unzweifelhafte Fälle von Sarkom und nur 2 Carcinome. Beim Sarkom überwiegt das weibliche Geschlecht (8 Weiber, 2 Männer), auch kommen sie in der Jugend vor; der jüngste war 17 Jahre alt. Meist entspringt das Sarcom dem Septum; das Carcinom in den hinteren Teilen der Nase, dem Keilbein, den Siebbeinzellen. Aetiologie dunkel, Transformation nicht auszuschliessen, aber wohl sehr selten. Bei der Symptomatologie spielen die Blutungen bei Sarkom eine wichtige Rolle. Diagnostisch ist die wiederholte mikroskopische Untersuchung mit sorgfältiger klinischer Beobachtung und genauer Abwägung aller Umstände von grösster Wichtigkeit. Die Prognose ist bei Sarkomen nicht absolut schlecht und hängt zum Teil von dem anatomischen Charakter der Geschwulst ab; für die Carcinome ist sie absolut ungünstig. Die Therapie kann bei Sarkomen erfolgreich sein, wenn die Geschwulst abgrenzbar ist. W. Lublinski.

Lop, La variole et la vaccine à Marseille. Revue de méd. 1897, No. 4. S. 293.

Nachdem seit 1889 in Marseille Variola nur vereinzelt beobachtet worden war, wurde im Anfang des Jahres 1895 die Krankheit von italienischen Erdarbeitern nach der Stadt verschleppt. L. hat im Ganzen 180 Fälle beobachtet und teilt interessante Einzelheiten mit. Eine Frau, welche in den ersten Lebensjahren vaccinirt wurde, erkrankte mit 14 Jahren an Pocken und 24 Jahre später nochmals sehr schwer. Dies zeigt, dass die Vaccination einen Schutz von etwa 10 Jahren gewährt und auch Ueberstehen der Pocken keine Immunität für's Leben zurücklässt. — Von elf Frauen, welche sich nach dem 6. Schwangerschaftsmonate befanden, starben 4 ohne zu abortiren, 1 nach Abort, 5 wurden nach Abort geheilt, 1 ohne Unterbrechung der Schwangerschaft. Von den Kindern hatte keins Variola.

Ein sehr trauriges Bild entwirft L. von den Verhältnissen, in denen er die Kranken fand. Die Angehörigen zogen meist, wenn überhaupt, nur im Anfang der Krankheit einen Arzt hinzu und zur Feststellung des Todes. Eine Behandlung der Kranken fand meist nicht statt. Dieselben lagen im Schmutz, bis sie entweder der Tod erlöste oder Heilung eintrat. Die Angehörigen bekümmerten sich häufig nicht um sie aus Furcht vor Infektion.

Da die Therapie gegen Variola absolut machtlos ist, so muss für eine geeignete Prophylaxe gesorgt werden. L. redet der Einführung des Impfzwanges das Wort; nur wenn Vaccination und Revaccination obligatorisch sind, wird die Variola erfolgreich bekämpft werden können. Die Schädigung, welche etwa durch die Vaccination verursacht werden könnte, steht in keinem Verhältnis zu den Opfern, welche die Variola jährlich in Frankreich fordert. H. Bischoff.

Lexer, Die Schleimhaut des Rachens als Eingangspforte pyogener Infektionen. Arch. f. klin. Chir. 1897. LIV. S. 736.

Um besonders für osteomyelitische Lokalisation eine natürlichere Ein-

Digitized by Google

gangspforte, als die direkte Injektion der betreffenden Kultur in die Blutbahn es ist, zu erhalten, brachte L. Kaninchen Staphylococcen und Streptococcenkulturen auf die Rachenschleimhaut; er konnte jedoch mit diesen gewöhnlichen Eitererregern einen Erfolg nicht verzeichnen. Als er aber den von SCHIMMELBUSCH aus spontanen Eiterungen beim Kaninchen gezüchteten Bacillus verwandte, starben die Tiere innerhalb zwei Tagen an allgemeiner Sepsis, wenn der Infektionsstoff auf die Rachenschleimhaut gebracht wurde. Als Verf. sodann einen zu hoher Virulenz für Kaninchen herangezüchteten Streptococcus verwandte, hatte er denselben Erfolg. Osteomyelitische Veränderungen konnten freilich bei dem schnellen Fortschreiten der Allgemein-Infektion nicht nachgewiesen werden. Es ist somit erwiesen, dass, ohne dass Verletzungen bestehen, von der Nasenschleimhaut und den Tonsillen aus pyogene Bakterien in den Körper gelangen können. Warum nun nicht für gewöhnlich die im Munde stets vorhandenen Eitererreger in das Gewebe eindringen, das liegt einmal daran, dass der Speichel die Fähigkeit besitzt, die Virulenz der pathogenen Mikroorganismen abzuschwächen, andererseits beeinträchtigen beziehungsweise fördern die zahlreichen Saprophyten in der Mundhöhle, besonders die Fäulnisbakterien, die pathogenen Mikroorganismen. H. Bischoff.

I. Strauss, Ueber die Anwendung von Guajecetin bei Lungentuberkulose. Cbl. f. inn. Med. 1896, No. 25.

S. beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit nicht mit dem therapeutischen Wert des Guajecetins für die Behandlung der Lungentuberkulose, sondern lediglich mit der Frage, ob bei Anwendung des Mittels Verdauungsstörungen u. dergl. in höherem oder geringerem Grade auftreten, als bei Darreichung anderer Benzolderivate. Das Mittel wurde in Dosen von 0,5 g mehrere Male täglich gegeben, meist in Oblate, doch ist dies nicht erforderlich. Im Ganzen wurden 70 Patienten mit Guajecetin behandelt; 61 vertragen das Mittel ohne die geringsten Verdauungsstörungen, darunter sechs Kranke, die Kreosot nicht vertragen hatten. Von den übrigen 9 Patienten liess sich bei 6 ein Zusammenhang der aufgetretenen Verdauungsstörung mit dem Gebrauch des Mittels nicht mit Sicherheit nachweisen, bei zwei Patienten stellten sich Durchfälle ein, endlich bei dem letzten Kopfschmerz, Schwindel und Schwächegefühl, die bei Aussetzen des Guajecetins verschwanden. Albuminurie trat in keinem Falle auf, bestehende Albuminurie vermehrte sich nicht. K. Kronthal.

K. Alt, Durchfall bei Kindern nach Genuss der Milch von Kühen, die mit „befallenem" Klee gefüttert waren. Deutsche med. Wochenschrift 1896, No. 5.

In der dem Vf. unterstehenden Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe erkrankten eine grosse Zahl Kinder und einige Wärterinnen gleichzeitig an Durchfall; dabei bestand mässige Schwäche der Befallenen, kein Fieber oder sonstige Störung des Allgemeinbefindens. Alle diese Erkrankten hatten nachweislich Milch aus der Anstalt genossen, während unter

den verschont gebliebenen Personen nur wenige davon getrunken hatten. In den folgenden Tagen wurde der Verdacht, dass die Milch die Durchfälle verschuldet habe, durch weitere Beobachtungen zur Gewissheit erhoben. Da die Anstalt die von ihr konsumirte Milch selbst producirte, so liess sich leicht feststellen, dass alle Kühe, von welchen die Milch stammte, gesund und die Milch vorschriftsmässig behandelt war. Als einziger Grund für die giftige Wirkung der Milch musste nach Ausschluss aller anderen Ursachen die Fütterung der Tiere mit einem von Pilzen befallenen Klee angesehen werden. Der Durchfall der Kinder war zur selben Zeit aufgetreten, als die Fütterung mit diesem Klee begonnen hatte. Dieser Klee wuchs unweit der Rieselwiesen; die Pflanzen sahen aus, wie mit einem feinen weissen Flaum überzogen. Dieser Ueberzug rührte nach Angabe der agrikulturchemischen Versuchsstation Halle von zwei Pilzarten her: 1. Phoma trifolii und 2. Pseudopezzia trifolii. — Erst einige Tage nach dem Auftreten des Durchfalls in der Anstalt erkrankten die mit dem giftigen Klee gefütterten Kühe, wobei die Striche (Zitzen) hart wurden.

Stadthagen.

P. Bröse, Ueber die diffuse gonorrhoische Peritonitis. Berl. klin. Wochenschrift 1896, No. 35.

Bislang war nur bekannt, dass durch den Gonococcus Neisser circumskripte Peritonitiden hervorgerufen werden können, eine Thatsache, die durch Experiment, wie auch durch pathologisch-anatomische Untersuchungen bestätigt worden ist. Verf. hat dagegen in den letzten Jahren Gelegenheit gehabt, 2 Fälle von allgemeiner, nicht puerperaler Peritonitis zu beobachten, als deren Ursache allein der obengenannte Gonococcus betrachtet worden musste. Im ersten Fall trat die Bauchfellentzündung nach der Lösung des durch eine voraufgegangene Pelveoperitonitis fixirten Uterus ein; ein nicht so seltenes Vorkommnis, wenn der Entzündungsprozess im Becken noch nicht völlig abgelaufen ist, was man niemals mit aller Sicherheit feststellen kann.

Im zweiten Falle, der sehr selten ist, trat die allgemeine gonorrhoische Peritonitis spontan im Anschluss an eine gonorrhoische Erkrankung der Tuben und der Ovarien auf. Die Symptome der geschilderten Peritonitis auf Grund von gonorrhoischer Infektion sind im Grossen und Ganzen genau dieselben, wie bei einer typischen akuten Peritonitis. Dagegen ist ihr Verlauf ein wesentlich anderer und eigenartiger. Trotz des stürmischen, Besorgnis erregenden Anfangsstadiums der Erkrankung genasen die Kranken nach wenigen Tagen bis auf gewisse Aenderungen an den Genitalorganen. Die Diagnose ist nicht leicht zu stellen, leichter erst durch den Verlauf. Wo aber Gonococcen nachgewiesen worden sind und andere Ursachen für eine akute Peritonitis fehlen, da kann man an eine gonorrhoische Infektion des Bauchfells denken. Die Prognose ist eine günstige. Die Therapie muss im Wesentlichen eine exspektative sein, da die Peritonitis spontan heilt. Niemals darf man aber bei Rupturen von Eitertuben, die man als gonorrhoische konstatirt hat, zur Laparotomie greifen.

C. Rosenthal.

Digitized by Google

N. Buccelli, Meralgia parestetica etabe dorsale. Rivista di Patologia nervosa etc. 1897, No. 3.

Der Casuistik des vom Ref. und von Roth zuerst beschriebenen Symptomenkomplexes einer isolirten, auf das Gebiet des N. cutan. fem. extern. beschränkten Parästhesie fügt Verf. zunächst einen eine Frau betreffenden Fall hinzu. Er betraf den rechten Oberschenkel; die abnormen Empfindungen dehnten sich auch auf die vorderen oberen Partieen des Schenkels und das benachbarte grosse Labium aus; Heilung nach 4 Monaten.

Interessanter noch sind zwei weitere, Männer von 41 und 34 Jahren betreffende Fälle. Bei dem einen (einem Scheerenschleifer) war die rechte Seite ergriffen; später gesellten sich zu den bekannten Beschwerden die unzweifelhaften Symptome der Tabes. Der Kranke war früher einmal syphilitisch inficirt gewesen. — Bei dem zweiten Kranken (einem Kammerdiener) traten anfänglich die bekannten Beschwerden beiderseitig auf. Hatte der erste Pat. sein rechtes Bein durch das Treten des Schleifrades mit dem rechten Fuss überangestrengt, so hatte der zweite Pat. täglich stundenlang zu stehen: auch dieser Pat. zeigte nach einiger Zeit die unzweifelhaften Symptome der Tabes. Das Vorkommen des vom Referenten beschriebenen Symptomenkomplexes bei Tabes ist bisher erst einmal, und zwar ebenfalls vom Ref. beschrieben worden (Cbl. 1896, S. 832).

Bernhardt.

H. Rosin, Ein Beitrag zur Lehre vom Bau der Ganglienzellen. D. med. Wochenschr. 1896, No. 31.

R. fand in 17 normalen Rückenmarksstücken mit der Färbung nach Marchi (Ueberosmiumsäure) nicht nur in den grossen Ganglienzellen der Hinterhörner, sondern auch in allen kleineren Ganglienzellen der Hinterhörner u. s. w. dunkelschwarze und braun-schwarze Körner. Dieselben fanden sich auch nach Formolhärtung und einfacher Osmiumsäurebehandlung, und nicht nur an dem Rückenmark älterer Leute (senile Veränderung), sondern auch bei jüngeren Individuen. Bei Neugeborenen fanden sich statt der Körner nur spärliche feine Stäubchen. Kleine Tiere (Kaninchen, Ratten, Hunde u. s. w.) enthielten diese Körnchen nicht und grössere (Rinder) nur in geringer Menge. Diese schwarzen Körnchen in den Ganglienzellen des erwachsenen Menschen stellen nach R. eine Fettsubstanz dar, die häufig hellgelb pigmentirt ist, deren Pigmentirung im Alter zunimmt, die aber bis zu einem gewissen Grade unabhängig von der Fettsubstanz ist. Es handelt sich um ein Lipochrom (Krukenberg), das die meisten Ganglienzellen erfüllt, in den Purkinje'schen Zellen fehlt und beim Neugeborenen kaum vorhanden ist. Die Müller'sche Flüssigkeit, Formol u. s. w. konserviren diese Körnchen gut, während Alkohol sie extrahirt und die gelbe Pigmentation diffundiren lässt. Die Gefässe des Centralnervensystems (Arterien, Venen, Capillaren) enthalten in ihrer Adventitia streckenweise dieselbe Substanz (Lipochrom) wie die Ganglienzellen, eine Erscheinung, auf die bereits von Obersteiner hingewiesen worden ist.

S. Kalischer.

---

1) **H. Rosin,** Ein Beitrag zur Lehre von der Tabes dorsalis. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 30.

2) **H. Grabower,** Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Bulbärsymptomen. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. IX. (1/2.)

1) R. war in der Lage, das Rückenmark eines 28jährigen Mannes zu untersuchen, welcher an Tuberkulose der Lungen starb und schon seit einigen Jahren an gastrischen Krisen, Pupillendifferenz und -Starre, Gürtelgefühl und lancinirenden Schmerzen litt. Die Patellarreflexe waren bis zum Tode vorhanden, Sensibilitätsstörungen fehlten allezeit. Zuletzt traten noch Parästhesien und Sphincterenstörungen auf. Die Diagnose war auf Tabes incipiens gestellt worden.

Bei der mikroskopischen Durchmusterung des Rückenmarks ergab sich, dass die Hinterstränge im Lendenmark intakt, in Brust- und Halsmark in typischer Weise erkrankt waren, die hinteren Wurzeln waren nur im Gebiet des Brustmarks degenerirt, dort waren auch die Fasernetze, welche die Clarke'schen Säulen umspinnen, sehr rareficirt. Spinalganglien und periphere Nerven wurden nicht untersucht. Eine Erkrankung der Gefässe oder der Meningen im Sinne Redlich's konnte der Verf. nicht bestimmt nachweisen. Die Beteiligung der Glia (Wucherung) an dem Erkrankungsprozess hält er für einen rein sekundären, dem primären Ausfall der nervösen Elemente folgenden Vorgang.

Die Degenerationsfelder innerhalb des Rückenmarks entsprachen vollkommen dem intramedullären Verbreitungsgebiet der erkrankt gefundenen Wurzeln, wie es durch die anatomischen und experimentellen Forschungen festgestellt ist.

2) Der 49jährige Patient litt schon seit 20 Jahren an lancinirenden Schmerzen. Im Laufe der Jahre entwickelte sich eine typische Tabes, welche aber durch Störungen im Gebiete des 3., 5., 6., 8., 9. und 10. Hirnnervenpaares ausgezeichnet war. Bei der Sektion fanden sich dementsprechend im Bulbus die folgenden Veränderungen: Degeneration des linken N. recurrens und beider extrabulbärer Wurzeln des N. X, beider Wurzeln des N. IX, des solitären Bündels, der beiden aufsteigenden Wurzeln des N. V, ferner Kernschwund im Gebiete des N. III, IV, VI (rechts stärker als links), dagegen Unversehrtheit der Kerne und Wurzeln des Accessorius und Vagus.

Der Fall beweist u. a., dass der N. accessorius mit der Innervation der Kehlkopfmuskeln nichts zu schaffen hat. M. Brasch.

M. Köppen, Beiträge zum Studium der Hirnrindenerkrankungen. Arch. f. Psych. Bd. 28.

Der Verf. beschreibt zunächst die Befunde am Gehirn bei 3 luetischen Fällen. Der erste hatte im Leben keine Hirnsymptome dargeboten und die multiplen Erweichungsherde und Veränderungen an den Gefässen wurden nur zufällig entdeckt. K. bediente sich der van Gieson'schen Methode und rühmt ihr nach, dass sie gestatte, innerhalb des Centralnervensystems die bindegewebigen Elemente von den gliösen zu unterscheiden. So gelang es auch in dem vorliegenden Falle, Bindegewebs- neben Glianarben

aufzufinden und darzustellen. Der zweite Fall zeigte intra vitam Aphasie, Pupillendifferenz und -Starre, Zuckungen und Lähmungen der rechten Seite. Die Sektion ergab eine Erweichung im Temporallappen und alte luetische Veränderungen in anderen Organen. Im 3. Falle handelte es sich um das klinische Bild einer typischen Paralyse. Die Sektion ergab eine cerebrospinale Syphilis. Als 4. Fall bespricht der Verf. die Krankengeschichte eines epileptischen Idioten von 12 Jahren, welcher von Geburt an Krämpfe hatte und sich geistig sehr wenig entwickelte. Bei demselben war in Pausen von einem Jahre eine Schwäche aller 4 Extremitäten aufgetreten. Bei der Sektion fand sich Mikrogyrie von symmetrischer Anlage im Parieto-Occipitalhirn und eine ausgebreitete bindegewebige und gliöse Sklerose der atrophischen Muskelgebiete. M. Brasch.

Neumann, Ueber multiple Dermatomyome. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. XXXIX. S. 3.

Bei einer 54jähr. anämischen und schwachsinnigen Frau mit einem ulcerösen Syphilid der Nase bestanden an der äusseren Fläche des linken Oberarms zahlreiche dissominirte, scharf begrenzte, wie in die Haut eingesprengte und mit ihr bewegliche, schrotkorn- bis kleinerbsengrosse, runde oder elliptische, glatte, in der Peripherie lichtbraun, im Centrum heller gefärbte, derbe Knoten. Aehnliche roto Tumoren fanden sich auch am rechten Oberarm in geringer und am Rücken in grösserer Zahl. Die Diagnose war nur durch die mikroskopische Untersuchung zu stellen. Diese zeigte, dass die Hauptmasse der Knoten aus Bündeln glatter Muskelzellen bestand, zwischen denen faseriges Bindegewebe und in ansehnlicher Menge elastische Fasern eingelagert waren. In und zwischen dem Bindegewebe und zwischen den Muskelbündeln verliefen, stellenweise von Rundzellen umgeben, spärliche Blutgefässe, deren Wandung keine Veränderungen darbot, die auf einen Zusammenhang der neugebildeten Muskelzellen mit den übrigen hätten schliessen lassen. Nerven wurden nicht gefunden. Die Haarbälge waren spärlich, die Talgdrüsen in ihrer Wandung durch Rundzellen verdickt, nächst ihnen lagen dichte Muskelzellen der Arrectores pilorum. — Abweichend von manchen anderen Fällen waren die Knoten weder spontan, noch auf Druck schmerzhaft. H. Müller.

S. Grosglik, Gumma der Prostata. (Aus der Abteil. des Dr. KRAJEWSKI im Kindlein Jesu-Hospital zu Warschau.) Wiener med. Presse 1897, No. 3/4.

Von gummösen Erkrankungen der Prostata ist in der Litteratur nicht viel die Rede; Verf. fand nur eine einzige unzweideutige derartige Mitteilung. Der von ihm selbst beobachtete Fall betraf einen 43jähr. Mann, der über häufigen schmerzhaften Harndrang und ein Fremdkörpergefühl im Mastdarm zu klagen hatte. Aus der Harnröhre entleerte sich in geringer Menge eine aus Eiter und roten Blutkörperchen bestehende, keine Gonococcen enthaltende Flüssigkeit und bei der Untersuchung per anum fühlte man an der vorderen Wand des Rectums eine faustgrosse, schmerzhafte,

unebene, knorpelharte Geschwulst. Da der Patient jede frühere Infektion leugnete, dachte man an ein Carcinom der Prostata, doch gingen unter Behandlung mit Innnktionen und Jodkalium Geschwulst und Beschwerden vollkommen zurück. Zwei Recidive wurden in derselben Weise geheilt. Inzwischen war auch noch eine syphilitische Affektion im Pharynx aufgetreten und der Krauke gab zu, vor Jahren einen harten Schanker gehabt zu haben.

H. Müller.

Vidal-Solares, Nene Behandlung von Herpes tonsurans mit Formalin. Archivos de Ginecopatia di Barcelona. X. No. 10.

Verf. hat 25 Fälle von Herpes tonsurans bei Kindern mit Formalin behandelt. Das Formalin wird täglich oder einen Tag um den andern auf die rasirten Stellen mit einem Pinsel aufgetragen oder die betreffenden Stellen 10 Minuten lang mit einer mit Formalin getränkten Kompresse bedeckt. Nach fünf Sitzungen wurde die Behandlnng während einiger Tage unterbrochen. Dio Anwendung des Formalins wird verhältnismässig gut vertragen, die kleinen Kranken klagen über etwas Jucken, lassen sich jedoch die Behandlung gefallen. In Fällen, in denen grosse Hautflächen mit Formalin behandelt wnrden, bildete sich im Gesicht eine Art Oodem. Es ist daher zweckmässig, nicht zu grosse Flächen auf einmal zn behandeln.

P. Biesenthal.

L. G. Richelot, Sur le traitement des suppurations pelviennes. L'Union méd. 1896, No. 37.

R. hat die Beckeneiternngen studirt: 1. hinsichtlich der Indikationen für die Art ihrer Behandlnng, 2. hinsichtlich der technischen Ausführung derselben. Er bespricht zunächst die Einteilung der Beckenciternngen und weiter die verschiedenen Arten der Therapie. Bei dieser unterscheidet er:

1. Den Einschnitt von der Scheide ans für akute Fälle; man soll präparatorisch vom hinteren Scheidengewölbe aus vorgehen nnd sorgfältig spülen, drainiren und tamponiren.

2. Die Laparotomie, bei jungen Frauen auszuführen, deren Fortpflanzungsfähigkeit nach Möglichkeit zu erhalten ist. Für die technische Ausführnng empfiehlt er das Planum inclinatum, trockene Operationsweise und Drainage der Eiterherde.

3. Die vaginale Hysterectomie bei allen übrigen Fällen. Die Technik, wie sie R. übt, wird ausführlich beschrieben; indessen hält er selbst diese nicht für die allein richtige: chaqne main se dirige à sa façon.

A. Martin.

Kommerell, Ueher Nachblutnngen hei nnterbundener Nabelschnur. Württemberg. Corresp.-Bl. 1896, No. 35.

Verf. teilt kurz 2 Fälle mit, in denen boi vorschriftsmässiger Unterbindung der Nabelschnur — Unterbindung und nochmaliges Nachknoten nach dem Bade — starke Nachblutungen aus der Nabelschnur eingetreten sind, nnd berichtet ausführlich über eine solche tödliche Nachblutung. In diesem Falle hatte die Hebamme das Nachknoten nach dem Bade verabsäumt und wurde auf Grund des Gutachtens des Verf.'s zu einer Ge-

fängnisstrafe verurteilt. Derartige Nachblutungen kommen bei sehr dicken Nabelsträngen vor, deren dicke Sulze später noch weiter schrumpft. Verf. schlägt vor, den Hebammen vorzuschreiben, vor dem Verlassen der Wöchnerinnen die Nabelschnur noch einmal nachzuknoten. A. Martin.

H. Fritsch, Der Tod nach Laparotomie. Wiener medizin. Presse 1896, No. 39.

Das schnelle und vorsichtige Operiren bei Laparotomieen sei für eine günstige Prognose notwendig; denn geschädigtes Peritonenm nnd gedrückte Därme, sowie Herzschwäche infolge langen Operirens und langer Chloroformnarkose setze die Widerstandsfähigkeit des Pat. herab.

Der Tod trete dann ein, abgesehen von Infektion, durch solche peripheren und centralen Schädlichkeiten. Solche Kranke würden erst septisch während sie stürben, nicht vorher. A. Martin.

K. Heil, Untersuchungen über die Körpergewichtsverhältnisse normaler Wöchnerinnen. Arch. f. Gynäkol. 1896. LI. (1.) S. 19—32.

Die Wägungen erstreckten sich auf 100 am normalen Schwangerschaftsende niedergekommene gesunde Wöchnerinnen und wurden täglich bis zur Entlassung vorgenommen. Die Kost war gemischt unter reichlichen Beigaben von Milch. Alle ausser 8 stillten. Das Mindestgewicht fiel meist auf den 5.—7. Wochenbettstag. Der Durchschnittsverlnst betrug 2,298 kg bis zur Entlassung am 12,6. Tage bei einem Durchschnittskörpergewicht von 55,467 kg gleich ca. $^1/_{24}$ des Anfangsgewichtes. Die täglichen Verluste sind am grössten am 1. Tage, sinken bis znm 4., steigen für den 5. und 6. Vom 8.—10. Tage Gewichtszunahme, vom 11. ab wieder Verlust.

Bis zum 9. Tage war in 82 pCt. bereits das Mindestgewicht überschritten. Die primäre Gewichtsabnahme in den ersten Tagen beruht auf der vermehrten Harnsekretion, Schweissen, Lochien und Milchsekretion, die sekundäre gegen Ende der zweiten Woche erfolgt durch die Bewegnng nach dem Aufstehen, den reichlicheren Abgang von Lochien bezw. Blut.

Bei Nichtstillenden bleibt der Gewichtsverlust beträchtlich hinter dem Mittel zurück.

Dem grösseren Körpermass entspricht ein grösserer Gewichtsverlust. Bei jungen Wöchnerinnen ist der Gewichtsverlust auffallend gering.

Die günstigeren Resnltate überhaupt gegenüber den Reihen von Gassner nnd Baumm erklären sich aus der besseren Ernährung in der Heidelberger Klinik. Einer zu starken Gewichtsabnahme im Wochenbett vermag reichlichere Ernährung entgegenzuwirken. Die Abnahmen in den ersten Tagen und wenn die Wöchnerinnen das Bett verlassen, scheinen physiologische zu sein, ebenso wie eine Gewichtszunahme gegen Ende der ersten Woche des Pnerperiums. P. Strassmann (Berlin).

Einsendungen für das Centralblatt werdeo an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlio NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag voo August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Hirschfelder

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse das Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **28. August.** **No. 35.**

Inhalt: Cramer, Ueber das sog. Thrombosin Lilienfeld's. — Capaldi, Ueber Kynurensäure. — Biondi, Ueber fermentative Prozesse in den Organen. — Répard und Schlösing, Argon im Blut. — Orchsner de Coninck, Ein neuer Körper im Urin. — Justus, Durch Syphilis bedingte Blutveränderungen. — Finotti, Ueber Tuberkulose des Calcaneus. — Wolff, Operation der Gaumenspalte. — Lorw, Condylenbrüche des Kniegelenks. — Neugebauer, Casuistik der Nekrotomie. — Hess, Zur Accommodationslehre. — Alt, Heller, Mayer, v. Schrötter, Luftdruckerkrankungen des Gehörorgans. — Lange, Chloroform bei der Adenoiden-Operation. — Raczynski, Einfluss von Bakterientoxinen auf den Kreislauf. — Colleville, Subkutane Injektion von Chloroform mit Guajakol. — Zappert, Augenmuskellähmung bei hereditärer Syphilis. — Grote, Wirkung des Papaïns bei Magenerkrankungen. — Heidemann, Ueber pericardiale Obliterationen. — Walz, Die traumatische Paralysis agitans. — Kretschmann, Durch Operation geheilte Meningitis serosa. — Cassirer, Weygandt, Fälle von Hirnsyphilis. — Kalmus, Ueber Rückenmarkserkrankungen bei Diabetes mellitus. — Storch, Fall von Lepra tuberosa. — Bloch, Extragenitale Syphilisinfektion. — Ballaud, Einfluss der Bleivergiftung auf die Conception und Schwangerschaft. — Jellinghaus, Fötale Schädelformen.

C. Cramer, Ueber das sog. Thrombosin Lilienfeld's. Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S. 74.

Nach Lilienfeld entsteht bei der Gerinnung des Blutes aus dem Fibrinogen eine neue, von ihm Thrombosin genannte Substanz, welche, sich mit Kalk verbindend, Fibrin bildet. Schäfer hat schon bemerkt, dass auch eine Fibrinogenlösung, sofern sie, wie Lilienfeld's „Thrombosin", möglichst salzarm ist, von Chlorcalcium gefällt wird. Verf. konnte diese Beobachtung bestätigen, ausserdem aber feststellen, dass der aus einer „Thrombosinlösung" durch Chlorcalciumlösung erhaltene Niederschlag sich im Ueberschuss von Chlorcalciumlösung wieder löst, also keineswegs Fibrin sein kann. Dieselben Beobachtungen hat inzwischen Hamarsten gemacht und veröffentlicht. Verf. beschränkt sich daher darauf, die Befunde, die er hinsichtlich der elementaren Zusammensetzung und des Drehungsvermögens am Fibrinogen und „Thrombosin" gemacht hat, mitzuteilen.

Das Fibrinogen wurde nach der Methode von HAMARSTEN aus in Kaliumoxalatlösung aufgefangenem Rinderblut durch Centrifugiren, wiederholte Fällung mit Kochsalz und Dialysiren u. s. w., das Thrombosin nach den Angaben von LILIENFELD dargestellt. Im Mittel von je 4 Analysen ergab sich der N-Gehalt des Fibrinogens zu 16,41 pCt., der des Thrombosin zu 16,34 pCt. Ebenso gering waren die Unterschiede im C- und H-Gehalt. Dass die Thrombosin-Kalk-Verbindung (LILIENFELD) nicht Fibrin ist, geht auch daraus hervor, dass der N-Gehalt dieser Verbindung, wie Verf. ermittelte, 16,32 pCt. beträgt, während der N-Gehalt des Fibrins nach HAMARSTEN 16,91 pCt. ist. Weiterhin verglich Vf. das Drehungsvermögen von Fibrinogen in einer 0,1proc. Natriumcarbonatlösung mit einer ebensolchen Lösung von Thrombosin. Für das erstere ergab sich im Mittel das Drehungsvermögen zu — 45,4°, für das letztere zu 45,5°, die beiden Körper sind also ohne Zweifel identisch und LILIENFELD's Thrombosin nichts Anderes als Fibrinogen. E. Salkowski.

A. Capaldi, Zur Kenntnis der Kynurensäure. Zeitschr. f. phys. Chemie. XXIII. S. 87.

Verf. versuchte vergeblich, aus Fäulnismischungen, welche mit dem Dünndarminhalt eines Kynurensäure ausscheidenden Hundes geimpft waren, Kynurensäure zu erhalten, obwohl dieselbe, wie ROSENHAIN gezeigt hat und Verf. bestätigen konnte, durch Fäulnis nicht zerstört wird; ebensowenig lieferte ein Hund, welchem diese Gemische in den Magen gebracht wurden, Kynurensäure. Ebensowenig bildete sich die Säure bei der Trypsinverdauung mit Hundepankreas. Auch in dem Darminhalt eines Kynurensäure im Harn ausscheidenden Hundes liess sich keine Kynureusäure nachweisen, dieselbe entsteht somit höchst wahrscheinlich nicht im Darmkanal. E. Salkowski.

C. Biondi, Beiträge zur Lehre der fermentativen Prozesse in den Organen. Virchow's Archiv. Bd. 144. S. 373.

Verf. hat mittelst der Chloroformwassermethode SALKOWSKI's die an ein lösliches Ferment geknüpften Erscheinungen der „Autodigestion" weiter studirt. Er benutzte Kalbslebern. Zunächst untersuchte er das Verhalten der Xanthinkörper und fand — worauf schon SALKOWSKI hingewiesen —, dass diese in „manifester" Form nach der Autodigestion sich fanden; war diese ausgeschlossen, in „latenter", d. h. sie konnten im letzteren Falle nicht direkt durch Silberlösung gefällt werden. Pepton fand sich nie, Tryptophan nur ausnahmsweise; beides weist darauf hin, dass die bei der Autodigestion in Betracht kommende Fermentwirkung nicht mit der des Trypsins identisch ist. Ausser Chloroformwasser versuchte Vf. noch andere Antiseptica. Fluornatrium liess dieselben Verhältnisse erkennen, nur war die Fermentwirkung schwächer, als bei Chloroformwasser. Thymol in wässeriger Lösung konnte Fäulnis nicht ganz verhüten; hier fand sich reichlich Pepton und Tryptophan. A. Loewy.

P. Répard et Th. Schlösing, L'argon et l'azote dans le sang. Compt. rend. de l'acad. 1897. p. 302.

Die Verff. wollten feststellen, ob das in der Atmosphäre enthaltene Argon ins Blut übertritt und in welchem Maasse. Sie fingen unter Luftabschluss 10 Liter venöses Pferdeblut auf, das sie durch oxalsaures Natrium ungeronnen erhielten, und entgasten es. Kohlensäure, Wasser und Sauerstoff liessen sie absorbiren, den Gasrest bestimmten sie. Aus zwei gut übereinstimmenden Proben ergab sich, dass Stickstoff zu Argon sich ververhielt wie 1 : 0,021, d. h. auf 100 ccm N-Gas im Blute kommen 2,1 Teile Argon.

Weiter haben sie die Löslichkeit von reinem Stickstoff und reinem Argon in sterilem, destillirtem Wasser und Blut bei 38° stndirt. Sie fanden, dass die Löslichkeit in beiden Flüssigkeiten gleich ist. In 1 Liter Wasser waren gelöst 25,7 ccm Argon, bezw. 11,3 ccm N, im Liter Blut 25,3 ccm Argon und 11,7 ccm N.

Verff. berechnen nun, dass die Mengen N, ebenso aber auch die des Argons, die man dem Blute des lebenden Tieres entzieht, das Doppelte dessen betragen würde, was sie auf Grund ihrer Sättigungsversuche fanden. Die Frage nach der Ursache der Differenz lassen sie offen, indem sie auf die Möglichkeit einer schwachen chemischen Bindung und die einer spezifischen Thätigkeit der die Lungenalveolen auskleidenden Membran hinweisen.

A. Loewy.

Oechsner de Coninck, Sur un homologue supérieur de l'urée. Comptes rend. de l'acad. 1897, No. 4.

Oechsner giebt an, im Harn eines Alkoholikers einen Körper mit der Formel $C_4H_{10}N_2O$ gefunden zu haben, ein höheres Homologon des Harnstoffs. Wegen der ziemlich umständlichen Darstellung sei auf das Original verwiesen. Der Körper besteht aus farblosen Krystallen, die gegen 270° schmelzen und sich dabei unter Auftreten des Geruchs nach Ammoniak zu zersetzen beginnen. Sie sind in absorbirtem Alkohol unlöslich, wenig löslich in kaltem, besser in warmem Wasser. Er verbindet sich mit Metalloxyd, besonders mit Quecksilberoxyd. A. Loewy.

J. Justus, Ueber die durch Syphilis bedingten Blutveränderungen in Hinsicht ihrer diagnostischen und therapeutischen Bedeutung. II. Teil. Virchow's Arch. Bd. 148. S. 533.

Die Ergebnisse des ersten, 1895 erschienenen Teils dieser Arbeit sind kurz folgende:

1. Die nicht behandelte Syphilis vermindert den Hämoglobin-Gehalt des Blutes. Diese Verminderung hält entsprechend der Schwere der Erkrankung kurze oder längere Zeit an und gleicht sich bei Spontanheilung der Syphilis allmählich aus.

2. Wird in den Stoffwechsel des Syphilitikers durch Inunktion oder Injektion eine grössere Menge Quecksilber gebracht, so sinkt der Hämoglobingehalt des Blutes rasch beträchtlich (um 10—20%).

3. Dieses Sinken des Hämoglobins kann sich bei mehreren Injektionen

wiederholen; doch erreicht bei fortgesetzter Behandlung der Hämoglobin-Gehalt des Blutes schliesslich beträchtlich höhere Werte als vor Beginn der Kur.

4. Die Heilung der Syphilis beginnt dann, wenn der Hämoglobingehalt nicht mehr sinkt.

5. Dieses Sinken des Hämoglobingehalts bei Quecksilbereinverleibung ist eine spezifische Erscheinung des Blutes florid Syphilitischer.

6. Diese Reaktion des Blutes tritt gleichzeitig mit der Schwellung der von der Infektionsquelle weiter entlegenen Lymphdrüsen auf. Sie verschwindet gleichzeitig mit der Rückbildung der Erscheinungen der Syphilis und erscheint bei jedem Recidiv von neuem.

Die Annahme, dass der plötzliche Abfall des Hämoglobingehalts die Folge einer Blutverdünnung sei, findet weder durch die Bestimmung des spezifischen Gewichts des Blutes, noch durch die des Volumens der roten Blutkörperchen eine Bestätigung. Es lag nun die Vermutung nahe, dass unter der Einwirkung des Quecksilbers die Zerstörung eines Teils des Hämoglobins bezw. der roten Blutkörperchen eintritt. Die Zählung der roten Blutkörperchen zeigte keine Verminderung. Um nun den Eintritt der Hämoglobinverringerung nicht erst nach mehreren Stunden, sondern in beträchtlich geringerer Zeit zu erzielen, ging Verf. zu den von BACCELLI empfohlenen intravenösen Sublimatinjektionen über. Bei denselben tritt bereits $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden nach der Injektion eine beträchtliche Hämoglobinverringerung auf. Trotzdem gelang es, auch mit der verfeinerten, an Ort und Stelle nachzulesenden Methode des Verf.'s nicht, zu derselben Zeit Hämoglobin im Blutserum nachzuweisen. Untersuchte er aber 2—3 Minuten nach der Injektion, so ergab die Serumprüfung bei 20 Kranken stets eine Hämoglobinämie. Ein Teil der roten Blutkörperchen wird also in den der Injektion folgenden Minuten zerstört, das Hämoglobin nach kurzer Zeit aus dem Serum eliminirt. Es liess sich dann auch nachweisen, dass der Urobilingehalt des Urins in den der Quecksilberaufnahme folgenden 24 Stunden beträchtlich vermehrt ist.

Das Quecksilber bewirkt bei florid Syphilitischen Hämoglobinämie, Urobilinurie und eine starke Verarmung des Blutes an Farbstoff. Bei heilender oder latenter Syphilis bewirkt das Quecksilber nichts dergleichen.

Die Syphilis verändert die roten Blutkörperchen derart, dass sie der Einwirkung des Quecksilbers keinen Widerstand leisten können. Das Serum Syphiliskranker besitzt weder vor noch nach der Sublimatinjektion die Eigenschaft, die roten Blutkörperchen der Syphilitiker aufzulösen. Der Grund der Hämoglobinämie liegt also in den roten Blutkörperchen selbst; im Stroma derselben ist aber nach den Versuchen des Verf.'s der Grund der geringen Widerstandsfähigkeit gegenüber dem Quecksilber nicht enthalten. Es muss also das Hämoglobin selbst so verändert sein, dass es der Quecksilberwirkung nicht zu widerstehen vermag.

Die mikroskopische Untersuchung des Blutes Syphiliskranker zeigt, dass ein Teil der roten Blutkörperchen infolge der Syphilis degenerirt und zu Grunde geht.

Diese degenerirenden Blutkörperchen sind $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden nach der Sublimatinjektion völlig aus dem Kreislauf verschwunden. Das intravenös

injicirte Sublimat zerstört einen grossen Teil der Erythrocyten beim florid Syphilitischen, lässt dagegen das Blut des genesenden Syphilitikers oder nicht-syphilitischer Personen völlig intakt. M. Rothmann.

E. Finotti, Ueber Tuberkulose des Calcaneus. (Aus der chir. Klinik des Prof. Nicoladoni in Innsbruck.) Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XL. S. 450.

In oben genannter Klinik wurden 51 Fälle behandelt, in denen entweder der Calcaneus allein von Tuberkulose befallen war oder dieser den Ausgang der Erkrankung bot. In der Mehrzahl der Fälle wurde die Existenz eines Herdes im vorderen Teil des Calcaneus mit Durchbruch nach der Aussenseite vermerkt, dagegen Durchbruch medianwärts und Erkrankungen im hinteren Teil nur je 3mal. Meist war nur 1 Herd, lediglich 4mal deren mehrere vorhanden. Sehr häufig kam es zu Sequesterbildung, doch lässt sich ebensowenig wie in anderen Knochen als Grund hierfür die Existenz von Endarterien darthun. Injektionen zeigten den Calcaneus, zwei durch zahlreiche Anastomosen verbundene Gefässsysteme versorgend:

1. Es gelangen durch 2 konstante Löcher in der medialen Seitenfläche 2 grössere Arterien in das Innere des Knochens und versorgen ihn durch parallel seiner Längsachse von vorn nach hinten verlaufende Aeste mit bis zum Proc. anterior calcanei und die Gegend unter dem Gelenkknorpel gelangenden Zweigen.

2. Ein zweites System versorgt die Rinde des Knochens und, mit Ausnahme der von Knorpel bedeckten Stelle, einige Millimeter weit die Compacta. Das Blut stammt von der A. peronea mit ihren Rami calcan. ext. und dem Rete calcaneum der A. tib. post.; auch vom Rete malleol. ext. und int. kommen einzelne Stämmchen.

Venenöffnungen finden sich zahlreich an der lateralen Oberfläche des Calcaneus. Die markweiche, an Gefässen arme Spongiosa im vorderen Teile des Calcaneus scheint den geeignetsten Boden für den Austritt und die Ansiedelung der Tuberkelbacillen zu bilden, während die äussere (laterale), von zahlreichen Löchern durchsetzte zarte Knochenrinde besser zum Durchbruch aussen geeignet, als die innere mediale, welche, gleichmässig compact, von nur wenig Kanälen durchzogen ist. Uebergreifen der Tuberkulose auf Sehnenscheiden fand 14mal statt, 11mal auf die der Mm. peronaei, 3mal auf die der inneren Seite. Am häufigsten beteiligte sich die dem Knochen nächste Sehne, die des Flexor hallucis; später können Nachbarsehnen erkranken und der Prozess auf die Sohle herabsteigen. Therapeutisch sind letztere Fälle sehr aussichtslos, es muss fast immer zur Amputation gegriffen werden. Andererseits bietet die Häufigkeit, mit der der Prozess sich auf den Knochen selber beschränkt, der partiellen oder totalen Exstirpation relativ gute Aussicht und ist dieses bei Erwachsenen das einzige Mittel, während man bei Kindern mit Auskratzen und Jodoform auskommt. Lokale Recidive sind ausser bei Beteiligung der Sehnenscheiden selten. P. Güterbock.

J. Wolff, Weitere Mitteilungen über die Operation der Ganmenspalte. Arch. f. klin. Chir. XLVIII. S. 821.

Verf. operirt noch immer zweizeitig, bei zarten Kindern sogar dreizeitig, indem er erst die Ablösung der einen Seite in einer besonderen Sitzung vornimmt und wendet bei der Ablösung der znerst nur in ihrer Mitte formirten Seitenlappen die methodisch andauernde Kompression durch den linken Zeigefinger an. Hierdurch wird nicht allein der Blutverlust gemindert, sondern auch die Daner der Operation anf 20—40 Minuten ermässigt. Die abgelösten Lappen pflegen nicht frei in die Mundhöhle herabzuhängen, sondern bleiben meist in situ, so dass sie gleichsam wie wieder angeheilt erscheinen. Hierdurch wird jeder stärkeren Eiterung und Infektionsgefahr vorgebeugt, so dass die Nachbehandlung mit Irrigationen bei hängendem Kopf vom Verf. aufgegeben werden konnte. Beim zweiten Teil der Operation ist Hauptsache: breite, gleichmässige Wundmachung des Spaltrandes, sehr saubere Vernähung der Involucrum- und Velumhälften mit Silberdraht; nur für die Uvula wird Seide gebraucht. In den letzten Jahren sind diejenigen Operirten, welche zum besseren Sprechen einen Obturator gebrauchen, immer seltener geworden. Der neuerdings von W. bevorzugte Obturator des Zahnarztes Hahn ist nicht hohl und mit seinem Rachenpflock an der Gaumenspalte derart befestigt, dass dieser Pflock beim Sprechen durch das Gaumensegel gehoben wird, während er bei ruhigem Verhalten des Velum durch seine Schwere einfach wieder herabsinkt.

Die Zahl der seit 1872 von W. Operirten beträgt 160. Von diesen sind 131 als gelungen, 14 als unvollständig gelungen nnd 6 als misslungen zu bezeichnen; 9 starben, und zwar trat unter 39 weniger als $1^1/_2$ Jahre zählenden Operirten 7mal der Tod ein; 6mal handelte es sich dabei um durchgehende uni- oder bilaterale Spalten. Ein 4jähriger Knabe starb ausserdem an Lungenentzündung, ein 5jähr. Mädchen mit Herzfehler an Blutung. Besondere Gefahren beträfen daher nur die nnter $1^1/_2$ Jahre alten Operirten; man muss aber berücksichtigen, dass unter diesen Kindern die Sterblichkeit anch ohne Operation eine sehr hohe ist und von den 39 hierher gehörigen Fällen 20 gelungen und 7 wenigstens zum Teil gelungen sind. Von den 48 Fällen der letzten drei Jahre, in denen die operative Technik in ihrer jetzigen Höhe zur Verwendung kam, starben nur 2, und unter 43 gelungenen Fällen genügte bei 24 eine einzige Operation. Die beiden Todesfälle betrafen ein 4 Wochen altes Kind, das 8 Tage nach der Lappenablösung an Rubeola unter hohem Fieber starb, nnd ein 4 Monate altes Kind, bei dem schon vor 2 Wochen die Lappen genäht und schwere Bronchitis und Durchfälle eingetreten waren. Diesen beiden Todesfällen stehen 23 völlig gelungene frühzeitige Fälle gegenüber. Grossen Wert legt W. auf die Kontrolle des Befindens der frühzeitig Operirten durch regelmässige Körperwägungen. Der gute Einfluss der gelungenen Operation thut sich durch diese meist schon sehr bald kund und glaubt W., gerade durch deren Ergebnis etwaige weitere Einwendungen gegen Berechtigung und Wert der frühzeitigen Operation zurückweisen zu können.

P. Güterbock.

Loew, Condylenbrüche des Kniegelenks. D. Zeitschr. f. Chir. 1897. XLIV. S. 422.

Verf. hat aus dem reichen Frakturenmaterial der Bardenheuer'schen Klinik 11 Condylenbrüche zusammengestellt, welche in einem Zeitraum von 7 Jahren beobachtet worden sind. Verf. bespricht den Entstehungsmechanismus der genannten Brüche und rühmt die Bardenheuer'sche Extensionsbehandlung, mit welcher ausgezeichnete Resultate erzielt wurden.

M. Borchardt.

F. Neugebauer, Zur Casuistik der Nekrotomie. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 11.

N. empfiehlt zur Ausfüllung grosser Knochendefekte die osteoplastische Methode. Bei grossen Höhlen ist das Schulten'sche Verfahren das zweckmässigste, bei kleineren centralen Höhlen wird man mit einem Lücke-Bier'schen Deckel auskommen. Die Erfolge, welche Nicoladoni mit diesen Methoden erzielt hat, sind ausgezeichnet. M. Borchardt.

C. Hess, Arbeiten aus dem Gebiete der Accommodationslehre. v. Graefe's Arch. f. Ophthalm. XLIII. (3.) S. 477.

Nach den Untersuchungen von H. sinkt bei starken Accommodationsanstrengungen die Linse, ihrer Schwere folgend, nach unten. Je nach der Haltung des Kopfes sinkt also die Linse beim Accommodiren gegen den temporal oder nasal, gegen den frontal oder infraorbital gelegenen Teil des Ciliarkörpers. Wenn die Iris in einer horizontalen Ebene liegt, so findet keine Verschiebung der Linse gegen den Ciliarkörper hin statt. Die Tscherning'sche Erklärung einer aktiven Verschiebung der Linse durch Ciliarmuskelkontraktion ist hierdurch hinfällig. In dem eigenen Auge von H. sinkt die Linse bei starker willkürlicher Accommodationsanstrengung um 0,3—0,35 mm nach unten. Wird der Kopf von der rechten auf die linke Schulter geneigt, so verschiebt sich dieselbe während der Accommodation um das Doppelte. Wird das Auge leicht eserinisirt, so wird die Linsenverschiebung bei der Accommodation merklich grösser. — Bei starker Accommodationsanstrengung liegt der Nahepunkt bei gesenktem Kopfe dem Auge merklich näher, als bei gehobenem Kopfe. Die Lage des Fernpunktes ist unabhängig von der Kopfhaltung. Die Accommodationsbreite ist somit bei gesenktem Kopfe merklich grösser, als bei gehobenem. Bei entspannter Zonula nähert sich die Linse der Hornhaut bei gesenktem Kopfe, bei gehobenem entfernt sie sich von ihr. Die bei entspannter Zonula auftretende, von der Kopfhaltung abhängige Verschiebung der Linse nach vorn bezw. hinten lässt sich objektiv nachweisen durch eine relative Vertiefung der vorderen Kammer bei gehobenem Kopfe und eine relative Abflachung derselben bei gesenktem Kopfe. Bei entspannter Accommodation ist die Lage der Iris und also auch die Tiefe der vorderen Kammer unabhängig von der Kopfhaltung. Bei der Accommodation im normalen Auge tritt keine merkliche Druckdifferenz zwischen hinterem und vorderem Bulbusabschnitte ein.

Horstmann.

Alt, Heller, Mayer, v. Schrötter, Pathologie der Luftdruckerkrankungen des Gehörorgans. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1897, No. 6.

Die Verff. bringen ausführliche Mitteilungen über die bereits früher von Alt (Cbl. 1896, S. 695) kurz berichteten Befunde bei „apoplectiformen Labyrintherkrankungen bei Caissonarbeitern". Indem wir auf das Referat über letzteren Bericht (l. c.) verweisen, wollen wir hier nur das Ergebnis der von den Verff. angestellten Tierversuche mitteilen: Durch rasches Einschleusen binnen wenigen Sekunden bis zu Druckhöhen von 2,2 Atmosph. gelang es, bei Meerschweinchen und Kaninchen Ecchymosen des Trommelfelles, Hämorrhagien an der Promontorialschleimhaut und Blutaustritte in das Mittelohr bezw. die Bulla zu erzeugen. Durch rasche Dekompression binnen $^1/_2$—1 Minute und Druckhöhen von 4 Atmosph. konnten bei Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden so ausgedehnte Blutungen in die Bulla erzeugt werden, dass das Trommelfell dunkelblaurot erschien, die Bulla von schwarz-braun gefärbten, coagulirten Massen mehr oder minder erfüllt war und die Promontorialwand ausgebreitete Hämorrhagien aufwies. Die histologische Untersuchung des Labyrinths bei zahlreichen Versuchstieren ergab: Die Gefässe, hauptsächlich im Modrolus der Schnecken teils strotzend mit Blutkörperchen gefüllt und von ausgedehnten perivasculären Extravasaten umgeben, teils bei erhaltenem Lumen blutleer, glashell. Der Nerv. cochl. stellenweise durch Blutaustritte vom Knochen abgehoben. Im Nerven, sowie im Ganglion spirale selbst keine Extravasate. Mehr oder minder ausgedehnte, meist segmentförmige Blutaustritte von der unteren und lateralen Wand der Scala tympani, die stellenweise ans Corti'sche Organ heranreichen. Kleine Blutextravasate in der Scala vestibuli an verschiedenen Stellen. Der Vorhof erweist sich meist frei von Blutungen, dagegen zeigen die Bogengänge sowohl im membranösen, als im knöchernen Teil hämorrhagische Extravasate in verschiedener Ausdehnung angeordnet.

Schwabach.

V. Lange, Ueber die Anwendung des Chloroforms bei der Operation von adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. Therap. Monatsh. 1897, Juni.

In Beantwortung der Frage, ob man die adenoiden Vegetationen in der Narkose operiren soll oder nicht, spricht sich Verf. dahin aus, dass es sich nur um eine Minderzahl von Patienten handelt, die er in Narkose behandelt. Die Hauptbedingung ist, dass das Chloroformiren mit grosser Gewandtheit ausgeübt wird. In der Narkose arbeitet Verf. jetzt immer mit dem Gottstein'schen Ringmesser. Hauptsächlich sind es kleine Kinder, die schon bei der Untersuchung bedeutende Schwierigkeiten machen und sich bei der vorzunehmenden Operation heftig sträuben würden, so dass der operative Eingriff mangelhaft sein würde, die zu chloroformiren wären.

(Ref. hat bei jetzt mindestens 1200 ausgeführten Operationen nur in den allerseltensten Fällen, höchstens 10mal es notwendig gehabt, ein Betäubungsmittel anzuwenden, und ist daher der Meinung, nur in den allerdringendsten Fällen von demselben Gebrauch zu machen.)

W. Lublinski.

Digitized by Google

Raczynski, Ueber den Einfluss der Toxine von Streptococcus pyogenes nnd Bacterium coli commune auf den Kreislauf. D. Arch. f. klin. Med. LVIII. (1.) S. 27.

Aus mehreren Arbeiten über die Wirkung der Bakterientoxine auf das Kreislaufsystem is bekannt, dass die Gifte bestimmter Bakterien fast lediglich auf das centrale Kreislauforgan, anderer hingegen auf die peripheren Organe, Gefässmuskeln, Gefässnerven etc. wirken. In der vorliegenden Arbeit hat nun R. untersucht, wie sich in dieser Beziehung der Streptococcus pyogenes und das Bact. coli commune verhalten. Um dies nun zu eruiren, wurde bei den Versuchstieren zuerst im physiologischen Zustande der Blutdruck gemessen, dann wurde, ohne das hegonnene Experiment zu unterbrechen, ein entsprechendes Quantum der Toxine in die Ohr- resp. Cruralvene injicirt und nach $^1/_2$—1 Stunde weiter geprüft. Daranf wurde das Tier vom Experimentirtisch befreit, nach 2—3—4 Stunden wieder angebunden, um wiederum deu Blutdruck zu messen. Gleichzeitig wnrde durch Kompression der Aorta vorübergehende Erstickung oder sensible Reizung ermittelt, wo sich die grösste Wirkung der Gifte abspielt. Die eingebrachte Toxinmenge überstieg, da Verf. mit hochvirulenten Knlturen experimentirte, nie 1 ccm nnd war so bemessen, dass die Tiere in 18—24 resp. 36—48 Stunden starben.

Die benutzte Streptococcenkultur stammte aus einer schweren Scharlach-Diphtherie, 0,1 ccm einer 24stündigen Bouillonkultur töteten ein 3 kg schweres Kaninchen in ca. 24 Stnnden. Einige Stunden nach der Einverleibung der Toxine begann die Temperatur zu steigen und erreichte ihren Höhepunkt nach 6—8 Stunden, nach einigen Stunden fiel die Temperatur rasch ah, wurde subnormal, wobei gleichzeitig allgemeine Schwäche hervortrat, die auf das nahende Ende hinwies. Gleichzeitig mit der Temperatursteigerung trat eine Erweiterung der Ohrmuschelgefässe auf.

In der Wirkung der Streptococcentoxine auf den Kreislauf sind zwei Stadien zu unterscheiden: in dem ersten lassen sich neben Erweiterung der Ohrvenen nur Schwankungen des Blutdrucks wahrnehmen, während Kompression der Aorta, sowie vorübergehende Erstickung prompte Blutdrucksteigerung hervorrufen, während in dom zweiten Stadium der Blutdruck konstant und ziemlich rasch sinkt, bei Kompression der Aorta noch Steigernng derselben eintritt, aber nicht nach vorübergehender Erstickung. Diese Resultate deuten darauf hin, dass die Abnahme des Blutdruckes nicht ausschliesslich durch Herzschwäche hervorgerufen wird, sondern im Wesentlichen durch Erweiterung der Gefässe. Und zwar konnte R. durch elektrische Reiznng nachweisen, dass es sich bei der Erweiterung der Gefässe nicht um eine Lähmung der Vasokonstriktoren, sondern eine Reizung der Dilatatoren handelt.

Während also die Streptococcentoxine auf das Herz nicht direkt einwirken, konnte Verf. feststellen, dass die Toxine des Bact. coli commune direkt anf das Herz wirken, was dadurch bewiesen wird, dass in dem zweiten Stadium der Toxinwirkung eine Blutdrucksteigerung durch Kompressiou der Aorta nicht hervorgerufen werden kann.

Aus den Versuchen geht hervor, dass die klinisch als Herzschwäche resp. Herzparalyse bezeichneten Erscheinnngen in manchen Fällen that-

sächlich durch Herzschwäche bedingt sein können, allein in anderen Intoxikationsfällen tritt der klinisch als Herzschwäche bezeichnete Zustand ein, während das Herz durch die Toxine nur wenig alterirt wird. Im letzteren Falle werden die Erscheinungen durch eine entsprechende Therapie bis zu einem gewissen Grade ausgeglichen werden können, während da, wo das Herz direkt alterirt ist, die Erscheinungen viel bedrohlicher sind.

H. Bischoff.

Colleville, Des injections sous-cutanées de gaïacol chloroformé. Gaz. hebd. de méd. et chir. 1896, No. 44.

Verf. wandte Mischungen von Chloroform und Guajakol in Form von subkutanen Injektionen als lokales Anästheticum mit vielem Erfolge an. Die Mischung wurde in der Weise hergestellt, dass auf 10 Tropfen Chloroform 6 Tropfen Guajakol kamen, was einem Gewichtsverhältnis von 8,6 g Chloroform auf 6,76 g Guajakol entspricht. Von dieser Lösung (die vor Licht geschützt aufbewahrt werden muss) wurden in die schmerzhaften Stellen eine halbe bis höchstens eine ganze Pravaz'sche Spritze injicirt, selbstverständlich unter antiseptischen Cautelen. Zunächst tritt ein leises Brennen auf, das aber, namentlich wenn die Injektionen ein wenig tiefer gemacht werden, schon nach wenigen Minuten verschwindet; Abscesse oder dergleichen kamen nicht vor, Indurationen nur sehr selten. Die Wirkung war regelmässig eine prompte, auch in schweren Fällen, so dass Morphium vollständig entbehrt werden konnte. Dass nur der Mischung, nicht dem Chloroform allein die schmerzstillende Wirkung zukam, ergaben ensprechende Kontrollversuche.

K. Kronthal.

J. Zappert, Ueber isolirtes Vorkommen von Augenmuskellähmungen als Spätsymptom der hereditären Lues. Archiv f. Kinderheilkde. Bd. 19. S. 161.

Paresen im Bereiche der Augenmuskeln — ein häufiges Spätsymptom der Syphilis bei Erwachsenen — sind selten im Gefolge der hereditären Syphilis beschrieben worden. Die Art, wie die Augenmuskeln in den bisher veröffentlichten Fällen bei hereditärer Syphilis geschädigt sind, unterliegt einer Reihe von Verschiedenheiten. So sind in einzelnen Fällen nur Störungen der Pupillenreaktion, in anderen vorübergehender Strabismus, in weiteren Ptosis und schliesslich in einem Reste von Fällen vollkommene Lähmung eines Oculomotorius angegeben. Kombinationen einzelner dieser Symptome sind hierbei nicht selten. Gemeinsam in den Beobachtungen fast aller Autoren ist die Thatsache, dass die Affektionen der Augenmuskeln bei kongenital syphilitischen Kindern mit anderen Symptomen, welche auf schwere Störungen des Nervensystems hindeuten, vergesellschaftet sind, und dass sie unter diesen im klinischen Bilde oft völlig zurücktreten. Der Zeitraum, der zwischen den ersten Erscheinungen der ererbten Syphilis und dem Auftreten der Augenmuskellähmung liegt, variirt in den beschriebenen Fällen innerhalb weitester Grenzen.

Verf. selbst beobachtete folgenden Fall. Bei einem 5jähr. Mädchen, das im Alter von 6 Wochen an hereditärer Lues behandelt worden war, trat nach einem kurzen, wenig charakteristischen Prodromalstadium eine

isolirte Lähmung des linken Oculomotorius ein; dieselbe verschwand bei einer antisyphilitischen Behandlung innerhalb einiger Wochen vollkommen. Da das Kind zur Zeit, wo es in die Behandlung trat, sich wieder vollkommen wohl befand, die Lähmung eine sehr vollständige war, während anderweitige Nervensymptome gänzlich fehlten, glaubt Verf., dass es sich um eine periphere Läsion des Nervus oculomotorius handelte.

Stadthagen.

G. Grote, Klinische Erfahrungen über die Wirkung des Papaïns bei Magenkrankheiten. D. med. Wochenschr. 1896, No. 30.

G. kontrollirte die von verschiedenen Autoren verschieden beurteilte Wirksamkeit des Papaïns bei Magenkrankheiten an der Hand methodischer Ausheberungen. Es wurden untersucht: 3 Fälle von akuter Dyspepsie, 3 Fälle von Ulcus ventriculi, 2 Fälle von motorischer Insufficienz mit Hyperacidität, 4 Fälle von nervöser Dyspepsie, 2 Fälle von Carcinoma ventriculi und endlich 2 Fälle von sekundären Magenaffektionen. Alle diese Patienten erhielten längere Zeit 3mal täglich 0,5—1,0 Papaïn nach den Mahlzeiten. Bei akuter Dyspepsie blieb in der Regel Motilität, Saftsekretion und Beschaffenheit der Ingesta durch das Papaïn unbeeinflusst. Beim Ulcus ventriculi musste jedesmal die Behandlung ausgesetzt werden, da die Schmerzen unter derselben erheblich zunahmen. In den beiden Fällen von motorischer Insufficienz bei Hyperacidität liess sich unter der Papaïnbehandlung eine Zunahme der Saftsekretion, auch eine feinere Verteilung des Mageninhaltes feststellen, ohne Abnahme der Quantität des letzteren. Bei der nervösen Dyspepsie erwies sich das Mittel als rein suggestiv wirkend. Beim Carcinom des Magens schien das Mittel wie beim Ulcus auf die Ulcerationen reizend zu wirken. Bei einem Falle von Stauungskatarrh bei Mitralinsufficienz endlich schien das Papaïn entschieden günstig einzuwirken. Auf Grund dieser Ergebnisse glaubt Verf. vor dem Gebrauch des Papaïns bei ulcerativen Prozessen im Magen und hyperaciden Zuständen desselben entschieden warnen zu müssen; dagegen wäre seine versuchsweise Anwendung in allen anderen Fällen von Magenerkrankung, besonders bei Sub- oder Anacidität gerechtfertigt. C. Rosenthal.

M. Heidemann, Ueber Folgezustände von pericardialen Obliterationen. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 5/6.

Verwachsungen beider Pericardialblätter verlaufen intra vitam entweder völlig symptomlos oder sie führen zu der bekannten Reihe von Erscheinungen, welche das Bild eines uncomplicirten Herzfehlers darstellen. Diese letzteren schweren Cirkulationsstörungen beruhen, wenn man von den seltenen Fällen absieht, in denen durch starke extrapericardiale Verwachsungen die Herzsystole auf rein mechanische Weise gehemmt werden kann — auf der sekundär eintretenden Degeneration des Myocardiums (fettige und schwielige Entartung nebst beträchtlicher Atrophie des Herzmuskels). In manchen Fällen von Pericarditis mit Synechie verlaufen aber die Stauungssymptome nicht in der typischen Weise; vielmehr tritt ein das ganze Krankheitsbild beherrschender beträchtlicher Ascites auf, zu dem sich erst

Digitized by Google

sekundär Oedeme an den unteren Extremitäten gesellen. Solche Fälle imponiren während des Lebens leicht als Cirrhose der Leber, chronische Peritonitis u. dergl. m.; ja selbst bei der Autopsie wird unter Umständen die vorhandene Synechie der Pericardialblätter mehr als zufällige Komplikation denn als Ursache des Krankheitsbildes angesehen. Die Ursache des Ascites ist offenbar eine primäre Peritonitis mit derselben Aetiologie wie die Pericarditis; für eine solche, das Peritoneum zu derselben Zeit wie das Pericard befallende Entzündung sprechen erstlich manche klinische Erscheinungen im Beginne der Pericarditis (Schmerzen im Epigastrium, in den Hypochondrien, ja sogar in der Nabelgegend), ferner aber die Obduktionsbefunde (dicke, sehnige Schwielen, ausgebreitete Verwachsungen und Absackungen im Bauchraum). Auffallend ist, dass die Krankheit die Oberbauchgegend so häufig befällt. Aehnliche Schwielenbildungen wie an Pericard und Peritoneum findet man auch an den Pleuren, so dass man eine — klinisch übrigens meist unbemerkte — Pleuritis als einen weiteren Krankheitsherd neben der Pericarditis und Peritonitis anzusehen hat. Das Wesen der Krankheit in solchen Fällen ist demnach eine Entzündung sämmtlicher seröser Häute. — Die bei dem in Rede stehenden Ascites so häufig beobachteten cirrhotischen Prozesse in der Leber werden verursacht sowohl durch das Fortschreiten des Entzündungsreizes von der Leberkapsel her, als auch durch die chronische Hyperämie in der Drüse; durch Wucherung und Schrumpfung dieses Bindegewebes an und in der Leber werden Stauung und Exsudation in der Bauchhöhle vermehrt. Perl.

K. Walz, Die traumatische Paralysis agitans. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1896. XII. (2.) Oktober.

W. teilt einen Fall von Paralysis mit, die sich bei einem angeblich bisher gesunden Arbeiter unmittelbar nach einer Verletzung entwickelte und mit dieser in einen Zusammenhang gebracht werden musste. Die Fälle, in denen sich die Paralysis agitans nach einem Trauma entwickelte, werden von W. in 4 Gruppen geteilt. 5 Fälle der ersten Gruppe kamen zur Heilung und sind sicher keine echte Paralysis agitans. 8 andere Fälle haben eine unbestimmte Diagnose oder ein fragliches, resp. unbestimmtes Trauma erlitten. 14 weitere Fälle sind nur kurz referirt und nur 26 andere Fälle sind genauer mitgeteilt und als sicher zu betrachten. Unter diesen hatten 6 eine allgemeine Erschütterung, 7 Wunden (Stich oder Schnitt), je 1 eine Verbrennung und Erfrierung, 4 Verrenkung, Verstauchungen, Frakturen, 8 Kontusionen und unbestimmte Verletzungen erlitten. Der Tremor, das charakterischste Symptom, fehlte nur in einem Falle. In 8 Fällen trat das Zittern sofort oder innerhalb des ersten Tages, in 7 Fällen bald oder in einigen Tagen auf, 7mal in 1—8 Monaten und 4mal in 1 bis 4 Jahren. In den letztgenannten Fällen will W. einen Zusammenhang mit dem Trauma alsdann annehmen, wenn das Zittern zuerst in dem ursprünglich verletzten Gliede auftritt, wenn in der Zwischenzeit ziehende Schmerzen, Schwäche, Steifigkeit im verletzten Teile bestehen und so eine gewisse Brücke zwischen der Verletzung und den Symptomen der Schüttellähmung gebildet wird. Die klassischen Allgemeinsymptome der Paralysis agitans

sind nur in 11 Fällen angegeben; in 3 Fällen bestand das Zittern nur an den oberen Extremitäten, einmal nur an einer Körperhälfte. Das Alter der Erkrankten schwankte zwischen 37—72 Jahren. Von prädisponirenden Momenten bestanden mehrfach Heredität, Rheumatismus, Kummer, Erkältungen, Alkoholismus. Allein das Bestehen einer Prädisposition würde eine Unfallsentschädigung nicht ausschliessen; ebenso kann der Unfall eine bereits vorhandene Schüttellähmung verschlimmern und in ihrem Entwicklungsgange beschleunigen. S. Kalischer.

Kretschmann, Ein Fall von Meningitis serosa durch Operation geheilt. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 16.

Bei einem 13jährigen Knaben, der seit Kindheit an einer rechtsseitigen fötiden Ohreiterung litt, traten plötzlich hervor: Hinterkopfschmerzen, Erbrechen, Abmagerung, Unruhe, Schwindel, Pulsverlangsamung, Neuritis optica. Die Diagnose wurde auf Cholesteatom des Warzenfortsatzes mit intracranieller Komplikation in der hinteren Schädelgrube gestellt. Die Operation ergab ein Cholesteatom von grosser Ausdehnung, einen nicht infektiösen wandständigen Thrombus im Sinus transversus und einen starken Hydrocephalus externus; in den nächsten Tagen folgte unter starker Sekretion des Liquor cerebralis eine erhebliche Besserung. Ein Eiterherd, Abscess, Tumor hatte sich nicht gefunden. Gegen Ende der zweiten Woche nach der Operation traten zugleich mit dem Nachlassen der bisher überreichen Absonderung des Liquor cerebralis neue Krankheitserscheinungen auf, wie Pulsverlangsamung, Erbrechen, Zunahme der bereits im Rückgange begriffenen Stauungspapille, Nystagmus, Parese des rechten Abducens etc. Nach weiteren 3 Wochen schwanden diese Erscheinungen und der Liquor fing an, wieder reichlicher aus der Wunde zu fliessen. Im weiteren Verlauf trat keine Störung ein; die Krankheitserscheinungen schwinden völlig und jetzt, nach 10 Monaten, ist der Kranke als völlig genesen anzusehen. — Das Vorkommen einer serösen Meningitis im Anschluss an einen cariösen Prozess im Schläfenbein ist bereits mehrfach beschrieben (Lewi, Joel etc.), zuletzt von Schmiegelow. Bei der Behandlung dürfte die breite Eröffnung des Schädels und Intraduralraumes in Frage kommen und genügen; dieselbe kann auch in fraglichen Fällen, in denen ein vermuteter Eiterherd nicht gefunden wird, zur Ausführung kommen. S. Kalischer.

---

1) **R. Cassirer,** Ein Fall von Lues cerebrospinalis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenhlk. IX. (1/2.)

2) **W. Weygandt,** Ein Beitrag zur Histologie des Centralnervensystems. Arch. f. Psych. XXVIII. (2.)

1) Die 57jähr. Patientin litt seit Jahren an Kopfschmerzen und erlitt 4 Jahre vorher eine rechtsseitige Hemiplegie. 1894 ist sie noch rechtsseitig gelähmt, hat auch links gesteigerte Reflexe, der Facialis ist kaum beteiligt, die Sprachstörung ist eine artikulatorische, es besteht eine halluzinatorische Verwirrtheit und allgemeine Arteriosklerose, die rechte Pupille ist weiter als die linke. In der Folgezeit treten vorübergehend Doppeltsehen, Ptosis links, Facialislähmung rechts, Erbrechen, Genickschmerzen

anf. Bei der Sektion findet sich eine ausgedehnte Meningitis im Gebiete des Mittel-, Nach- und Kleinhirns und des Rückenmarks, stellenweise auch eine Pachymeningitis. In der Brücke und den Pedunculi bestehen fibrös und käsig entartete Granulationsgeschwülste, von da ab erstrecken sich absteigende Degenerationen der Pyramidenbahn; weitere Erkrankung zeigen die intramedulläre Wurzel des N. IV links und die aufsteigende Wurzel des N. V rechts. Im Rückenmark sind ausser den Pyramidenbahnen noch die Eintrittszonen der hinteren Wurzeln ergriffen. Endlich findet sich noch eine Erkrankung der Arterien in allen ihren Häuten.

2) Der 66jähr. Patient war 30 Jahre vorher luetisch inficirt worden. Seine Ehe blieb kinderlos. Etwas über ein Jahr vor seinem Tode bekam er Anfälle von Bewusstseinsstörung und eine linksseitige Hemiplegie. Bei der Sektion fand sich ein taubeneigrosses Gumma im rechten Stirnhirn, welches teils aus Rundzellen, teils aus käsigen Massen bestand und in einer ödematös erweichten Umgebung sass. Die Pia war mit dem Tumor verwachsen und kleinzellig infiltrirt. Auch sonst fanden sich im Centralnervensystem häufige Infiltrate um die Gefässe, die grösseren Arterien zeigten Intimawucherungen. — In der Hirnrinde war es zu reichlicher Spinnenzellenentwickelung gekommen. M. Brasch.

E. Kalmus, Beitrag zur Kenntnis der Rückenmarkserkrankungen bei Diabetes mellitus. Zeitschr. f. klin. Med. XXX.

I. Es fand sich eine Erkrankung der Hinterstränge derart, dass im oberen Halsmark die grösste Intensität der Degeneration vorhanden war (Goll'sche und Burdach'sche Stränge mit dazwischen liegendem normalem Gewebe); im Lendenmark waren die Stränge kontinuirlich ergriffen, im unteren Hals- und Dorsalmark nur die Goll'schen Stränge; die Erkrankung war asymmetrisch.

II. Hier ist die Erkrankung symmetrisch; sie ergreift im oberen Halsmark bloss die Goll'schen Stränge, von da bis tief ins Dorsalmark die ganzen Hinterstränge und von da ab bis zur Lendenanschwellung wieder nur die Goll'schen Stränge, die septalen Partien und der Teil, der an die graue Kommissur stösst, bleibt verschont. Das untere Lenden- und Sacralmark ist unbeteiligt. Im ersten Falle fehlten intra vitam die Patellarreflexe. M. Brasch.

E. Storch, Ueber den anatomischen Befund bei einem für Deutschland endogenen Fall von Lepra tuberosa. Zugleich ein Beitrag zur Frage nach den Beziehungen zwischen Aussatz und Tuberkulose. Virch. Arch. Bd. 148. S. 389.

Der Fall betraf einen aus dem Memeler Kreise stammenden 55jähr. Leprösen der Breslauer dermatologischen Klinik, bei dem 1884 als erste Krankheitserscheinung mehrere Knoten an der Stirn aufgetreten waren. Er hatte dann an einer ausgebreiteten Lepra tuberosa gelitten und starb 1894, nachdem schwere Störungen seitens des leprös erkrankten Kehlkopfs zur Tracheotomie genötigt hatten, unter den klinischen Erscheinungen einer Bronchopneumonie. Bei der Sektion zeigten sich die meisten inneren

Organe, insbesondere Herz, Lungen, Magendarmkanal, Nieren, Nebennieren, Centralnervensystem, von leprösen Veränderungen vollkommen frei, ergriffen waren dagegen Milz, Leber und Hoden. Auch die Lymphdrüsen wurden überall da erkrankt gefunden, wo sich in den Ursprungsgebieten ihrer Bahn leprõse Prozesse abgespielt hatten, woraus jedenfalls hervorgeht, dass die Verbreitung der Bacillen nicht nur auf dem Wege des Blut-, sondern auch auf dem des Lymphstromes stattgefunden hatte. In der Lunge bestanden Veränderungen, die bei makroskopischer Betrachtung in Zweifel lassen konnten, ob es sich um eine tuberkulõse oder eine leprõse Affektion handle, indess sprach der mikroskopische Befund (typische tuberkulõse Riesenzellen, centrale Verkäsung, relativ geringe Zahl von Bacillen, Fehlen von Vacuolenzellen) entschieden für die erstere Annahme.

Die Betrachtungen, welche Verf. an den Fall knüpft, führen ihn zu dem Schlusse, dass zur Zeit weder die histologischen, noch die bakteriologischen Untersuchungsmethoden ausreichen, um in jedem einzelnen Falle Zweifel bezüglich der Frage, ob ein Organ leprõs oder tuberkulõs erkrankt ist, auszuschliessen. Der Bacillus leprae findet sich in den Lepromen intracellulär in solcher Menge vor, dass gerade hierin ein schwerwiegender Unterschied gegenüber dem Tuberkelbacillus zu erblicken ist. Die bacillenhaltigen „Leprazellen" Virchow's kommen in allen sicher leprõsen Herden und bei keiner anderen Krankheit vor. Dagegen sind die Riesenzellen nur mit grosser Vorsicht für die Diagnose zu verwerten, und auch der Verkäsung ist ein absoluter Wert nicht beizulegen. Bezüglich der Streitfrage über die Lage der Leprabacillen ist Vf. der Meinung, dass zwar die Mehrzahl von ihnen intracellulär liegt, dass aber auch nicht in Zellen eingeschlossene Bacillen sowohl einzeln, als auch in Gruppen angetroffen werden.

H. Müller.

Fr. Bloch, Ueber extragenitale Syphilisinfektion. (Aus der Klinik des Prof. F. J. Pick in Prag.) Archiv f. Dermatol. u. Syph. Bd. XXXIX. S. 65.

Verf. berichtet über 93 Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion, die in den Jahren 1880 bis 1895 in der Klinik beobachtet wurden. Seinen weiteren Betrachtungen legt er indess nur 65 Fälle (32 männlich, 33 weiblich) zu Grunde, die in den letzten 11 Jahren der genannten Periode zur Aufnahme kamen. Während desselben Zeitraumes wurden 1575 (1256 männlich, 319 weiblich) genital inficirte Kranke behandelt, so dass also der Procentsatz der extragenital Inficirten überhaupt 4,1, der der männlichen 2,5, der weiblichen 10,3 betrug. Das starke Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts führt Verf. hauptsächlich darauf zurück, dass genital inficirte Frauen viel häufiger als Männer erst zum Arzt kommen, wenn die Lokalisation des Primäraffekts gar nicht mehr festzustellen ist. Was den Sitz der Sklerose anlangt, so betrafen von den 65 Fällen: die Lippen 39, die Mamma 6, die Finger 5, Tonsillen und Abdomen je 3, Zungenspitze und Kinn je 2, Conjunctiva, Wange, Naseuflügel, Perineum, Schamberg je 1.

H. Müller.

J. Ballaud, Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et l'allaitement. Gaz. hebd. 1896, No. 96.

Auf Grund von Tierexperimenten — von 10 mit Blei vergifteten Meerschweinchen abortiren 5, 2 gebären zur normalen Zeit lebendige, aber äusserst schlecht entwickelte Junge —, ferner auf Grund von klinischen Beobachtungen (2 ausführlich mitgeteilten Fällen) und statistischen Erhebungen, die er unter dem aus 35 Arbeiterinnen bestehenden weiblichen Personal einer Buchdruckerei und dem Krankenmaterial der Baudelocque'schen Klinik vom Jahre 1890—96 anstellt, kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen:

Die chronische Bleivergiftung der Frauen führt sehr häufig zu Aborten oder Frühgeburten. Werden die Früchte ausgetragen und lebend geboren, so sind sie schwächlich, bleiben weit hinter dem normalen Körpergewicht zurück und zeigen eine auf Tage oder Monate beschränkte Lebensdauer. Das Blei wandert durch die Placenta in den Fötus ein.

Ausserdem hat der Verfasser durch einen zweiten Tierversuch — mit jungen Hunden, die ausschliesslich mit der Milch ihrer vom Tage des Wurfs ab mit bleihaltigem Futter vergifteten Mutter ernährt werden — nachgewiesen, dass das Blei in die Milch übergeht, eine an Bleivergiftung erkrankte Amme daher ihren Säugling vergiften kann. A. Martin.

Jellinghaus, Ueber fötale Schädelformen mit Berücksichtigung der Hecker'schen Aetiologie der Gesichtslagen. Archiv f. Gynäkol. Bd. 51. (1.) S. 33–48.

Die zur Stütze der Hecker'schen Theorie (Dolichocephalie ist die Ursache der Gesichtslage) beschriebenen Schädel Neugeborener werden noch einmal kritisch besprochen. Die Messung des Angulus mastoideus sei nicht massgebend. Wichtig ist das Verhältnis der beiden Hebelarme, von der Mitte der Processus condyloidei gemessen (6,2 : 5,2 für normale Verhältnisse). Verf. geht sodann auf die Hecker'sche Theorie ein, dass die Anlage der menschlichen Schädelform ins Fötalleben zu verlegen sei. Er beschreibt zwei Steissgeburten, bei denen dolichocephale Kinder mit prominirendem Hinterhaupte geboren wurden. Der Anschauung Fritsch's, dass vielleicht der Druck der straffen Bauchwand und des Uterusfundus den Köpfen diese Form gebe, pflichtet er nicht bei. Derartige Köpfe gehen aber bei Schädellage facie praevia durch das Becken. Auch ein extrauterin gelagertes Kind war auffallend dolichocephal.

Verf. glaubt daher, dass es Schädel giebt, die vermöge ihrer eigentümlichen Form die Entstehung einer Gesichtslage begünstigen oder veranlassen können. Ein primäres Vorhandensein brachy- oder dolichocephaler Schädelformen ist auch durch Rüdinger's Arbeit über den verschiedenen Verlauf der Hirnwindungen unterstützt. P. Strassmann (Berlin).

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 4. September. No. 36.

Inhalt: Vahlen, Ueber Desoxycholsäure. — Wild, Blutuntersuchungen bei Schwangeren. — de Renzi und Reale, Ueber Lävulose als Sparmittel. — Jolles, Ferrometer. — Chauveau und Tissot, CO_2-Ausscheidung und Sauerstoffverbrauch bei statischer Arbeit. — Zechanowitsch, Veränderungen der Ohrmuschel nach Sympathicusdurchschneidung. — Mikulicz, 103 Magenoperationen. — Geissler, Behandlung von Bauchschusswunden. — Lexer, Entfernung einer Kugel aus einem Wirbelquerfortsatz. — Gebbner, Orthopädischer Apparat bei Tabes. — Hessler, Rareficirende Ostitis des Warzenfortsatzes. — Pakes, Friedländer'scher Bacillus. — Edwards und Severn, Fall von follikulärer Tonsillitis. — Blumenthal, Bildung von Diphtherietoxin. — Stubenrath, Schädlichkeit von Vaselin etc. — Veasey, Duboisinvergiftung. — Jez, Ueber Apolysin. — Knöpfelmacher, Beitrag zur Harnretention. — Pereira-Guimaraens, Traumatische Pankreashernie. — Montier und Granier, Einfluss der Frankliuisation auf die Stimme. — Gombault und Philippe, Zum Studium der Aphasie. — Bourneville, Fall von cerebraler Sklerose. — Michel, Ueber traumatische Spätapoplexie. — v. Hoesslin, Ueber Morbus Basedowii. — Köppen, Querulantenwahn. — Lang, Janovsky, Lupusbehandlung. — Freund, Fall von Naevus pigmentosus pilifcrus. — Majocchi, Verwendung von Jodolpflaster. — Nélaton, Ueber Peritonitis. — Bulius, Endometritis decidua polyposa et tuberosa. — Veillon, Egger, Karcher, Suter, Miescher, Blutbeobachtungen.

E. Vahlen, Ueber Desoxycholsäure. Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S. 99.

Aus gefaulter Rindergalle erhielt Verf. eine Säure vom Schmelzpunkt 145°, welche der Cholsäure oder Choleïnsäure sehr nahe steht, jedoch nicht mit einer derselben identisch ist. Um die Beziehungen dieser neuen Säure zur Cholsäure aufzuklären, liess Verf. Zinkpulver auf eine eisessigsaure Lösung von Cholsäure einwirken. Die abgegossene Lösung wurde mit Wasser stark verdünnt und die ausgeschiedene harzartige Masse in Ammoniak gelöst und mit Chlorbaryum gefällt. Es entsteht sofort ein Niederschlag oder eine reichliche milchige Trübung, die sich nach einiger Zeit als amorpher Niederschlag absetzt. Dieser ist das Barytsalz einer durch Reduktion aus der Cholsäure entstandenen Säure. Der Barytgehalt stimmt sehr gut mit dem Barytgehalt der aus gefaulter Galle erhaltenen Barytsalze überein. Die aus dem Barytsalz isolirte Säure zeigte nach mehrmaligem Umkrystallisiren aus Eisessig den Schmelzpunkt 140—145°, in

naher Uebereinstimmung mit der aus gefaulter Galle erhaltenen Säure. Die Reduktion lässt sich auch in ammoniakalischer Lösung durch Zinkpulver bei Zimmertemperatur bewirken. E. Salkowski.

M. Wild, Untersuchungen über den Hämoglobingehalt und die Anzahl der roten und weissen Blutkörperchen bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Arch. f. Gynäk. LIII. S. 363.

W. hat in Anbetracht der sich widersprechenden Resultate der vorliegenden Untersuchungen von Neuem Versuche über den Hämoglobingehalt, die Zahl der roten und farblosen Zellen des Blutes bei Frauen in der letzten Zeit der Schwangerschaft und der ersten des Wochenbettes angestellt. Zum Vergleich dienten ihm die Werte, die er an 10 Wärterinnen gewonnen. Alle Untersuchten standen unter denselben äusseren Bedingungen, auch geschah die Blutentnahme bei allen in gleicher Weise. — Bei den 10 Wärterinnen fand sich als Mittel: HB (nach Gowers bestimmt) 89,5 pCt., Erythrocyten 4,672600, Erythrocyten : Leukocyten 362,2 : 1. Das Ergebnis bei den 30 vor und nach der Entbindung mehrfach Untersuchten war folgendes:

In den letzten Wochen der Schwangerschaft tritt meist eine geringe Zunahme des Hämoglobins und der Zahl der roten Blutkörperchen ein, dagegen ein beträchtliche der der weissen. Unter den 30 Fällen war die HB-Menge in 23, die Erythrocytenzahl in 20 Fällen gesteigert, letztere über 5,000,000 hinaus nur in 4 Fällen; in den übrigen 7 bezw. 10 Fällen fand sich eine leichte Verminderung. Erwähnenswert ist, dass die wiederholten Befunde an derselben Person meist identische Resultate ergaben.

Im Puerperium kommt es in der Mehrzahl der Fälle (in 24 für HB, in 21 für die Erythrocytenzahl) zu einer Abnahme, die für den HB-Gehalt bedeutender ist als für die Zahl der roten Zellen; Verf. fasst sie als Folge des physiologischen Blutverlustes bei der Geburt auf. Die Thatsache, dass die Körperchenzahl in geringerem Maasse abnimmt, bezieht er auf beginnende Neubildung solcher. — Die Leukocyten nehmen auch nach der Geburt zu, um dann im Verlaufe des Wochenbettes wieder zu sinken.

Ein Einfluss des Stillungsgeschäftes ist mit Sicherheit nicht zu erkennen. A. Loewy.

E. de Renzi und **E. Reale,** Ueber die Zersetzungsfähigkeit der Lävulose bei dem klinischen und experimentellen Diabetes und über ihren Wert als Sparmittel. Wien. med. Wochenschr. 1897, No. 9.

Die Verff. haben Diabetikern mit der leichten und schweren Form des Diabetes, nachdem sie durch strenge Diät zuckerfrei geworden waren, Lävulose (25—100 g pro die) gegeben, ohne dass es zu Zuckerausscheidung durch den Harn kam. Bei gemischter Diät dagegen führte Lävulose-Aufnahme zur Ausscheidung von Dextrose.

Weiter haben Verff. den Wert der Lävulose als Sparmittel für Eiweiss bestimmt. In Stoffwechselversuchen am Hunde und Menschen wurde entweder (am Hunde) der gereichten Nahrung Lävulose hinzugefügt, dann sank die Stickstoffausscheidung, oder es wurden (in den Versuchen am Men-

schen) nach Erzielung Stickstoffgleichgewicht äquivalente Mengen der in der Nahrung enthaltenen Kohlenhydrate durch Lävulose ersetzt. Die Stickstoffausscheidung war nicht gesteigert.

Die Versuche sprechen zu Gunsten einer Verwertung der Lävulose in der diätetischen Behandlung des Diabetes. A. Loewy.

Ad. Jolles, Ferrometer, Apparat zur quantitativen Bestimmung des Bluteisens für klinische Zwecke. Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 10.

Verf. giebt eine genaue Beschreibung derjenigen Methode mit Abbildung des Apparates zur quantitativen Eisenbestimmung im Blute, welche die einfachste der von ihm vorgeschlagenen ist und danach für klinische Zwecke sich besonders eignet. Diese Methode beruht — das Genauere ist in Pflüger's Archiv Bd. 65 veröffentlicht und danach bereits referirt — auf einer Ueberführung des Bluteisens, nach vorausgegangener Veraschung des Blutes und Schmelzen der Asche mit reinem saurem schwefelsaurem Kalium, in Rhodaneisen und colorimetrischer Bestimmung seiner Menge durch Vergleichung mit einer in ihrem Eisengehalt bekannten „Vergleichsflüssigkeit".

Wegen der genaueren Einrichtung des Apparates sei auf das Original verwiesen. Eine Tabelle gestattet ohne Weiteres die Eisenmenge pro Liter Blut abzulesen. — Verf. fand nach dieser Methode höhere Werte für das Bluteisen, als sie gemeinhin angenommen werden. A. Loewy.

A. Chauveau et **M. I. Tissot,** L'énergie dépensée par le muscle en contraction statique pour le soutien d'une charge d'après les échanges respiratoire. Compt. rend. 1896, No. 26.

Die Verff. untersuchten die CO_2-Ausscheidung und den Sauerstoffverbrauch bei statischer Arbeit, die in einem 2 Minuten dauernden Emporhalten von Gewichten bestand. Der die Arbeit leistende Vorderarm befand sich in den verschiedenen Versuchen in verschiedenen Stadien der Beugung, wodurch Verff. Einblick in den Einfluss der wechselnden Muskelverkürzung gewinnen wollten.

In ihren Versuchen war der Stoffverbrauch um so höher, je mehr bei der Arbeit die Vorderarmbeuger verkürzt waren. Sie erklären dies damit, dass ausser der zu überwindenden Schwerkraft des Gewichtes mit Zunahme der Verkürzung der innere Widerstand im Muskel zunimmt, dessen Ueberwindung in vermehrtem Stoffverbrauch seinen Ausdruck findet.

A. Loewy.

A. Zechanowitsch, Ueber die Gewebsveränderung in der Ohrmuschel des Kaninchens und des Hundes unter der Einwirkung der Durchschneidung des Halssympathicus, mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen der Arterien der Haut. Inaug.-Diss., aus dem Laboratorium des Prof. K. N. Winogradoff's. Petersburg, 1897.

Nach der Theorie Thoma's spielt bei der Entstehung der Arteriosklerose die Dehnung der Arterien infolge der Erschlaffung der Tunica media eine

grosse Rolle. Ist das richtig, so müsste die experimentell durch Durchschneidung der gefässverengernden Nerven herbeigeführte Arteriendehnung zu ähnlichen Veränderungen führen. Verf. durchschnitt bei einem Hunde und 10 Kaninchen den Halssympathicus, bei letzteren mit Entfernung des oberen Halsganglions; es bildete sich dann eine recht konstante Erweiterung der Ohrarterien der entsprechenden Seite aus. An der Intima dieser paralysirten Arterien liess sich eine Verdickung der membrana elastica interna feststellen, an der Adventitia eine Zunahme der elastischen Fasern und Verdickung derselben. Am meisten verändert aber war die Media; ihre Muskelelemente waren im Zustande der Hypertrophie und Hyperplasie. Alle diese Veränderungen dienen offenbar dazu, die durch Lähmung der gefässverengernden Nerven gesetzten Störungen auszugleichen. Die Funktion des Halssympathicus wird von den sich im Ohr ausbreitenden Nervenästchen des N. facialis übernommen; es kommt zu einer Verengerung der gelähmten Arterien mit Wiederauftreten der rhythmischen Kontraktionen. Dagegen führt die längere Zeit anhaltende Arteriendehnung keineswegs zur Bindegewebsbildung in der Intima.

Nach Durchschneidung des Halssympathicus mit Entfernung des oberen Halsganglions lassen sich ferner folgende Veränderungen an der Ohrmuschel des Kaninchenohrs nachweisen:

1. Die Ohrmuschel vergrössert sich, wird weniger gewölbt und beginnt fettig zu glänzen.

2. Die Capillar- und Lymphgefässe des Ohrs erweitern sich.

3. In der Mittelschicht der Venen tritt Hypertrophie und Hyperplasie der Muskelelemente auf.

4. Im Corium und den tiefer gelegenen Bindegewebsschichten kommt es zur Hypertrophie und Hyperplasie der zelligen Elemente.

5. Der Knorpel verdickt sich; sein Gehalt an Fett und Glykogen nimmt zu.

Merkwürdigerweise verdünnt sich zur selben Zeit die Malpighi'sche Schicht der Cuticula mit Abnahme der Zellen an Zahl und Abplattung derselben, unter stärkerer Pigmentirung.

Die äusseren Wurzelscheiden der Haare atrophiren unter Pigmentablagerung in den Zellen ihrer Bildungsstätte. Da eine Ernährungsabnahme der Haut nicht angenommen werden kann, eher das Gegenteil stattfindet, so ist die einzig mögliche Erklärung für die Atrophie der Cuticula die Annahme einer unmittelbaren Beziehung des sympathischen Nervensystems zur Ernährung des epithelialen Teils der Haut. M. Rothmann.

J. Mikulicz, Bericht über 103 Operationen am Magen. Arch. f. klin. Chir. LI. S. 9.

Während Billroth 1890 über 69 Magenoperationen mit † 33 (47¾ Procent) berichtet und Verfasser in den ersten 10 Jahren seiner selbstständigen Thätigkeit 35 Magenoperationen mit † 13 (37 pCt.) ausgeführt hat, verliefen von den 68 in den letzten 2½ Jahren von ihm und seinen Assistenten verrichteten derartigen Eingriffen nur 11 = 16 pCt. tödlich.

Wir glauben der wertvollen Mitteilung des Verfassers, welche von einer tabellarischen Uebersicht der einzelnen Fälle begleitet wird, am besten durch Wiedergabe der nachstehenden Zusammenstellung zu entsprechen.

Uebersichtliche Zusammenstellung der unmittelbaren Erfolge von 103 Operationen am Magen an 102 Kranken.

Art der Operation	Summa	Geheilt	Gestorben
Gastrostomie			
wegen nicht-carcinomatöser Prozesse (9 mal Verätzungsstriktur des Oesophagus, 1 mal Neurose der Cardia) . .	10	10	—
wegen Carcinom des Oesophagus oder der Cardia . . .	34	28	6
	44	38	6
Pylorusresektion			
wegen Ulcus	2	2	—
„ Carcinom	18	13	5
	20	15	5
Gastroenterostomie			
wegen nicht-carcinomatöser Pylorusstenose	1	1	—
„ Stenose zweifelhaften Charakters	1	1	—
„ Gallensteineinkeilung im Duodenum	1	1	—
„ Duodenalblutung (Aneurysma hepat.)	1	—	1
„ Pylorus-Carcinom	22	16	6
	26	19	7
Pyloroplastik			
wegen narbiger Stenose	5	3	2
„ stenosirendem Ulcus	1	—	1
	6	3	3
Gastrectomie und Gastrotomie			
wegen einfachem Ulcus	1	1	—
„ Ulcus mit Blutungen	3	1	2
„ Ulcus mit Perforation	1	—	1
„ Pylorus-Obturation durch Gallenstein	1	1	—
	6	3	3
Operation wegen Kompression des Pylorus durch Gallenstein	1	1	1
	103	29	24

P. Güterbock.

Geissler, Ueber die Behandlung der Bauchschusswunden. Festschrift zur 100jähr. Stiftungsfeier des med.-chir. Friedr.-Wilh.-Instit. Berlin, 1895. S. 117.

Aus den sehr sorgfältigen, mit den Erfahrungen der unter v. BERGMANN's Leitung stehenden Berliner Universitätsklinik verflochtenen litterarischen Studien ergiebt sich eine gewisse Klärung des Widerstreites zwischen der expectativen Methode und dem Verfahren des primär-operativen Einschreitens bei Bauchschusswunden. Letzteres ist allgemein anzuerkennen bei intraabdomineller Blutung, bei sicherer Diagnose der Verletzung eines Eingeweides, bei Prolaps von Darm oder Netz. Aber die primäre Laparotomie ist keineswegs identisch mit der Probelaparotomie. Eine solche ist nur gerechtfertigt bei völliger Gewährleistung aller aseptischen Vorbedingungen, andernfalls hat man, namentlich wenn keine offenbaren Symptome einer Eingeweideläsion vorliegen, sich abwartend zu verhalten, bis resp. ob solche eintreten werden. Aber auch dort, wo man sich zur Laparotomie entschliesst, sollte man möglichst von einer völligen Eventration der Därme absehen, um sich über deren etwaige Verletzungen zu vergewissern. Bei der Durchschlagskraft der neueren Geschosse ist vielmehr anzunehmen, dass einerseits sog. perforirende Schüsse ohne Beteiligung der Eingeweide von der Tagesordnung verschwinden werden; andererseits liegt diese Beteiligung in der geraden Richtung des Schusskanals, von welcher man sich durch Vergleich des Ein- und Ausschusses, bezw. — namentlich wenn letzterer fehlt — durch Dissektion des Schusskanals in den Bauchdecken vergewissern kann. Die Verletzungen der Därme wird man daher mit Hülfe einer nur kleinen laparotomischen Incision wesentlich nur in der betreffenden Richtung zu suchen haben, und ist der Einfluss der Peristaltik auf Lageänderung dieser Verletzungen nur eine geringere. Auch der Kotaustritt dürfte bei dem glatten Durchschlagen sich nur sehr klein gestalten. Anders liegen die Verhältnisse bei indirekten und bei abgelenkten Verletzungen. Im modernen Kriege mit den massenhaften Völkerheeren dürften überhaupt die Umstände sich häufig so gestalten, dass die Verantwortung für einen mehr als die expectative Behandlung schadenden Eingriff abgelehnt werden muss. „Hier tritt das Opium in grossen Dosen und das Morphium in noch grösseren helfend ein, die letzten Stunden denen zu erleichtern, denen nicht mehr zu helfen ist und den anderen die Möglichkeit der Heilung zu gewährleisten."

In technischer Hinsicht empfiehlt sich nach v. BERGMANN die direkte Vereinigung der Perforationsstellen durch Lembert'sche Naht mit Seide möglichst in querer Richtung um Verengerungen zu meiden. Sind cirkuläre Nähte bdzw. Darmresektionen nicht zu umgehen, so ist Jodoformgaze-Tamponade angezeigt. P. Güterbock.

Lexer, Entfernung einer im Querfortsatz des I. Brustwirbels eingeheilten Kugel. (Aus der chir. Universitätsklinik des Herrn Geheimrat v. BERGMANN.) Arch. f. klin. Chir. LIV. S. 756.

Es handelte sich um einen Knaben, welcher 3 Jahre zuvor einen Revolverschuss in den Hals erhalten hatte. Die Kugel war reaktionslos ein-

geheilt. Seit Kurzem litt Pat. an schweren, allgemeinen nervösen Erscheinungen, Angstgefühl, Schweissausbrüchen und Schmerzen beim Schlucken. Durch die Photographie mit Röntgen-Strahlen konnte festgestellt werden, dass die Kugel etwas unterhalb der Spitze des Querfortsatzes des I. Brustwirbels, und zwar an der Hinterseite desselben lag. Zur Entfernung der Kugel wurde ein Schnitt am Rande des Trapezius gemacht und zwischen Levator scapulae und Splenius cervicis in die Tiefe gegangen. Die Kugel sass fest in der Spitze des Querfortsatzes eingekeilt und musste ausgemeisselt werden. Die nervösen Erscheinungen schwanden nach der Operation.

Borchardt.

F. Grebner, Ueber die Anwendung orthopädischer Stützapparate bei Tabes dorsalis. Petersb. med. Wochenschr. 1897, No. 25.

G. verwirft die Anwendung des Hessing'schen Korsetts bei Tabeskranken. Der Kranke, dessen Wirbelsäule in demselben bis hinauf zum Cervicalteil fast vollständig immobilisirt ist, muss, um seine Füsse beim Gehen beobachten zu können, das Becken stark nach hinten bringen und die Kniee überstrecken. Im Hüftgelenk wird die Spitze des nach vorn offenen Winkels liegen, den der steife Oberkörper mit den unteren Extremitäten bildet. Die Neigung der Tabeskranken, mit ihrem labilen Gleichgewicht alle Bewegungen excessiv auszuführen, wird auch bei dieser abnormen Körperstellung zum Ausdruck kommen. Die Folge davon ist Erschwerung der Pendelbewegung der unteren Extremitäten im Hüftgelenk, Ueberdehnung der Bänder des Kniegelenks durch Hyperextension, Unsicherheit und Schwäche beim Gehen, die für den Allgemeinzustand ungleich schwerer ins Gewicht fallen, als die Vorteile des Korsetts.

Dagegen empfiehlt G. die Anwendung der Hessing'schen Schienenapparate für die untere Extremität in denjenigen Fällen, in denen der Bandapparat des Kniegelenks bei herabgesetztem Muskeltonus seine normale Elasticität eingebüsst hat, zur Verhinderung abnormer seitlicher Bewegungen des Gelenkes und zur Beschränkung der Exteusion desselben.

Joachimsthal.

Hessler, Ueber rareficirende Ostitis des Warzenfortsatzes nach Otitis externa ex infectione. D. med. Wochenschr. 1897, No. 29.

In den beiden von H. mitgeteilten Fällen wurde wegen Schmerzhaftigkeit und Schwellung am Warzenfortsatz, die im Anschluss an eine durch Kratzen mit der Haarnadel veranlasste Otitis externa auftraten, die Aufmeiselung vorgenommen, nachdem kalte und warme Umschläge erfolglos geblieben waren und das Allgemeinbefinden sich verschlechtert hatte. Eiter wurde in beiden Fällen nicht entleert, auch fand sich keine Caries, dagegen erwies sich das spongiöse „Knochengefüge bräunlich verfärbt und sehr brüchig, besonders nach dem Antrum mast. zu, wesentlich weicher als normal". In beiden Fällen war, obgleich das Allgemeinbefinden nach der Operation sich wesentlich besserte, der Heilungsverlauf ein auffallend langsamer. Vf. glaubt, dass es sich in seinen beiden Fällen um eine von der Otitis externa ausgegangene rareficirende Ostitis des Warzenfortsatzes gehandelt haben.

Schwabach.

Pakes, The bacillus of Friedländer in pharyngitis and tonsillitis. Brit. med. journ. 1897, March 20.

Nicolle und Hebert hatten den Friedländer'schen Pneumobacillus in 1600 Serumröhrchen, die geimpft wurden mit Sekret aus dem Halse von Patienten, die an Tonsillitis, Tonsillitis follic. und membranöser Pharyngitis litten, 8mal gefunden, und zwar 6mal allein. Verf. hat in 500 Serumröhrchen, die mit demselben Sekret geimpft wurden, in 5 Fällen den Friedländer'schen Bacillus gefunden, und zwar 2mal in Reinkultur, 2mal in Verbindung mit dem Klebs-Loeffler'schen Bacillus und einmal mit dem Staphylococcus aureus zusammen. W. Lublinski.

G. Edwards and **W. Severn,** Cases of follicular tonsillitis due to milk infection. Lancet 1897, June 12.

Beschreibung einer Epidemie von folliculärer Tonsillitis, die auf Infektion von Milch zurückgeführt werden musste, in der sich Staphylococcus pyogenes aureus und albus, sowie Streptococcus pyogenes nachweisen liess. Diese Bacillen fanden sich bei der Untersuchung der Milch der Farm, von der die Infektion ausging, nur in der Milch einer Kuh und entsprachen vollkommen denen, die im Halsbelag nachgewiesen werden konnten.

W. Lublinski.

Blumenthal, Ueber die Möglichkeit der Bildung von Diphtherietoxin aus Eiweisskörpern und auf Zucker enthaltendem Nährboden. Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 24.

Zunächst tritt B. der Frage näher, ob die Toxine der Bakterien aus den Eiweisskörpern gebildet werden. Er stellte schwach alkalische Lösungen von Eier- und Serumalbumin her, so dass dieselben etwa $^1/_2$—2 pCt. dieser Eiweisskörper enthielten, und beschickte sie mit hochvirulenten Diphtheriebacillen. Obwohl die Bakterien sich gut vermehrten, war eine Toxinbildung aus dem Albumin nicht nachzuweisen.

Auch als B. statt Eiweisses eiweissähnliche Körper zur Bereitung des Nährbodens benutzte, wie Witte'sches Pepton, Caseïn, Antipepton, Nucleon, erhielt er keine Toxinbildung. Es sind demnach die Eiweisskörper nicht ohne Weiteres als Quelle der Toxinbildung beim Diphtheriebacillus anzusehen.

Gleichzeitig versuchte B. zu bestimmen, welcher Einfluss dem Zucker, zu Nährböden zugesetzt, zukommt, da bereits bekannt ist, dass er die Eiweisszersetzung hemmt. In einer Zuckerlösung selbst vermag der Diphtheriebacillus, obwohl er sich lebhaft vermehrt, Toxine nicht zu bilden, und zwar wird der Stoffwechsel der Diphtheriebacillen durch Zucker so beeinflusst, dass, unbeschadet der Vermehrung, der Bacillus von der Toxinbildung abgelenkt wird. Dies zeigte sich dadurch, dass B. Diphtheriebacillen in Peptonbouillon züchtete. In dieser bildet der Bacillus lebhaft Toxin, wird aber der Bouillon Traubenzucker, Milchzucker oder Rohrzucker zugesetzt, so tritt innerhalb 5 Tagen eine merkliche Toxinbildung nicht auf, obwohl das Wachstum in der Zuckerbouillon reichlicher war. Als Grund für diese Erscheinung nimmt B. vor allem an, dass der Diphtherie-

bacillus infolge des Zuckerzusatzes auf den Kohlehydratstoffwechsel beschränkt bleibt. Ob auch im Organismus durch Zucker eine Hemmung der Toxinbildung zu erlangen ist, will B. weiter untersuchen.

H. Bischoff.

Stubenrath, Beiträge zur Frage der Gesundheitsschädlichkeit von Vaselin, Paraffinum liquidum und Mineralöl. Münch. med. Wochenschrift 1897, No. 24.

Verf. hat Vaselin, Paraffinum liquidum und Mineralöl in verschiedenen warmen und kalten Speisen verteilt Tieren zu fressen gegeben, selbst diese Stoffe genossen, wie sie auch von seinen Kindern nehmen lassen. Es war ihm nicht möglich, schädigende Einflüsse nachzuweisen. Gleichwohl hält Verf., besonders wegen der Versuche Dunbars' mit Brotöl, welches bereits nach dem Genuss von 1 g heftige Vergiftungserscheinungen hervorrief, daran fest, dass ein Zusatz der Stoffe zu Nahrungsmitteln, wie er in Bäckereien vorkommt, zu beanstanden ist, zumal — selbst wenn die reinen Stoffe nicht schädlich wirken sollten — diese doch entweder von der Herstellung her Produkte enthalten können, welche als nicht indifferent anzusehen sind; andererseits ist es nicht unmöglich, dass bei Aufbewahrung und Transport in Gefässen, welche früher differente Stoffe enthielten, eine Beimengung giftiger Substanzen stattfindet.

H. Bischoff.

C. A. Veasey, A case of duboisin-poisoning. The med. and surg. report. 1896, No. 2052.

Eine 27jährige, sonst gesunde Frau erhielt eine Duboisinlösung in der Stärke von 0,1 : 30,0 mit der Anweisung, hiervon 3mal täglich je einen Tropfen in jedes Auge zu träufeln. Trotzdem diese Dosis nicht überschritten wurde, traten bedrohliche Vergiftungserscheinungen auf. Die Pat. wurde sehr erregt, gab wirre Antworten, der Gang wurde schwankend, die Pupillen stark, aber nicht ad maximum dilatirt, Hände und Gesicht scharlachrot, Puls klein, 124, Atmung beschleunigt; dann traten mehr oder minder langdauernde Ohnmachtsanfälle auf, starke Trockenheit im Halse, teilweise Anästhesie. Nach etwa 3—4 Stunden liessen die Vergiftungserscheinungen allmählich nach; Hysterie, an die V. zuerst dachte, schien ausgeschlossen.

K. Kronthal.

V. Jez, Ueber die Wirkung des Apolysins, eines neuen Antipyreticums und Analgeticums. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 22.

Verf. prüfte auf der Neusser'schen Klinik in Wien das in letzter Zeit als Antipyreticum und Analgeticum empfohlene Apolysin, ein seiner chemischen Struktur nach dem Phenacetin nahestehendes Mittel (Monocitrophenetidid). Die Versuche, die an den verschiedensten Kranken vorgenommen wurden, fielen fast durchweg zu Ungunsten des Mittels aus, so dass J. sein Urteil dahin zusammenfasst, dass das Apolysin als ein indifferentes pharmaceutisches Produkt anzusehen sei, das keine schmerzstillenden und sehr geringe antithermische und harntreibende Eigenschaften besitze.

K. Kronthal.

Digitized by Google

W. Knöpfelmacher, Ein Beitrag zur Aetiologie der Harnretention. Jahrb. f. Kinderhlk. XLI. S. 129.

Englisch und Bókai haben für die Harnverhaltung bei Kindern eine Anzahl von Ursachen angegeben. In dieser ätiologischen Reihe fehlt eine Gruppe, welche — wie bei Erwachsenen, so auch bei Kindern — gelegentlich Harnverhaltung veranlassen kann, nämlich mechanische Störungen von Nachbarorganen und Neubildungen. Verf. beobachtete bei einem 9 Monate alten Kinde eine mehrtägige, bis zum Tode andauernde Harnverhaltung. Die Sektion ergab: Sarcoma ossis sacri cum compressione recti et colli vesicae urinariae. Pyelonephritis acuta suppurativa. — 2 ähnliche Fälle sind von H. Smith und Sidney Jones beschrieben worden. — Auch Tumoren der Sexualsphäre können bei weiblichen Kindern Harnverhaltung herbeiführen; dahin gehört insbesondere das polypöse Sarkom der Vagina, von welchem bereits 14 Fälle beschrieben sind. — In späteren Jahren kommt als ätiologisches Moment noch die Atresia hymenalis in Betracht; bei dieser kann es durch Ansammlung der Sekrete zur Kompression der Urethra kommen.

Stadthagen.

Pereira-Guimaranes, Hernie traumatique du pancréas. Reduction deux jours après. Guérison. Progrès méd. 1896, No. 41.

Ein Offizier erhielt einen Stich mit einem säbelartigen Bajonnett in die Gegend des linken Hypochondriums, wodurch die Bauchdecken in ihrer ganzen Dicke durchbohrt wurden. Es zeigte sich in der Wunde ein hernienartiger Tumor von 5 cm Länge, von dunkelroter Färbung und conischer, etwas abgeplatteter Gestalt. Erst 2 Tage nach der Verletzung wurde dieser vorgefallene Tumor als eine Hernie der Bauchspeicheldrüse erkannt, und zwar handelte es sich um das Schwanzende der Pankreasdrüse. Da die Wunde aseptisch war, der vorgefallene Teil sehr gut aussah und auch das Allgemeinbefinden des Verletzten kaum etwas zu wünschen übrig liess, so beschloss man, noch 2 Tage nach der Verletzung das Organ zu reponiren und eine feste Naht anzulegen. Es folgte sodann ein grosser antiseptischer Jodoformverband, Opiumpillen, Eis und reine Milchdiät. Zwölf Tage später, als der Verband zum ersten Male gelöst wurde, fand man die Wunde verheilt. Es wurden nunmehr sämmtliche Nähte entfernt.

Der Kranke genas vollkommen.

C. Rosenthal.

A. Montier et Granier, De l'influence de la Franklinisation sur la voix des chanteurs. Compt. rend. 1897. CXXIV. p. 787.

Verff. fanden, dass die Franklinisation (Einatmung der vom positiven Pol ausgehenden Luftströmungen) die Stimme voller und klarer macht und dass das Singen leichter und weniger ermüdend wird.

Bei Anfängern erleichtert die Prozedur das Studium und verleiht der Stimme der Künstler einen ungewöhnlichen Wohlklang.

Bernhardt.

A. Gombault et **Ch. Philippe,** A contribution à l'étude des aphasies. Arch. de méd. expérim. etc. 1896. T. VIII. Sept.

Dieser (der zweite) Abschnitt der Arbeit der Autoren handelt nnr von den Artikulations- resp. motoriscben Aphasien und der spontanen Schriftstörung. Unter motorischer Apbasie versteben sie alle aphasischen Störungen der artikulirten Sprache und unterscheiden drei Varietäten: die Aphemie (einfacher Verlust der Worte), die Paraphasie, die Jargonaphasie, d. h. eine Paraphasie, in der Worte und Laute sinnlos in den Satz eingeschoben werden. Je drei Fälle totaler, persistenter Aphemie (motorische Apbasie) sind beschrieben, in denen die Broca'scbe Windung intakt befunden wurde und die Läsion in der Insel oder weiter hinten in den Temporal-Parieto-Occipital-Windungen gelegen war. Andererseits sind Fälle vorhanden, in denen eine Läsion der Broca'schen Windung zn unvollständiger Aphemie, zu Paraphasie und Jargon-Aphasie führte — Symptome, die sonst meist durch Läsion der hinter der Broca'schen Windung gelegenen Hirnteile bedingt sind. Auch subcorticale Läsionen können zu Dysartbrien führen und eine incomplete Aphemie erzeugen. Sicher lässt sich nur behaupten, dass die totale nnd dauernde motorische Apbasie in der 3. Stirnwindung (Broca'sche Windung) lokalisirt ist; Alexie und Agraphie brauchen nicht notwendig dabei vorhanden zu sein.

Die Schriftbilder können isolirt verloren gehen, gerade so, wie die motorischen Wortbilder oder Wortklangbilder. Man kann eine totale nnd unvollständige, eine permanente und vorübergehende Agraphie nnd Paragraphie unterscheiden. Eine totale, dauernde Agraphie scheint wesentlich durch Störungen bedingt zu sein, während die Paragraphie mehr durch Läsionen der hinteren Abschnitte (Temporal-Parietal-Lappen) erzeugt zu werden pflegt. Jedenfalls kann eine totale Zerstörnng der linken Broca'schen Windung mit totaler motorischer Apbasie und ohne Spur von Agraphie einhergehen (Fall Kostenitsch). Anch ein Verlust der optischen, visuellen Wortbilder hat nicht notwendig eine spontane Agraphie zur Folge. Man muss bei dem Erwachsenen ein eigenes anatomisches Centrum für die graphischen Wortbilder und die Schriftausführung annehmen, und zwar lässt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit (Henschen und Chariot et Dubil) die linksseitige zweite Stirnwindung resp. der Fuss derselben als Sitz der motorischen Schriftbilder und Innervation ansehen. S. Kalischer.

Bourneville, Sclérose cérébrale hypertrophique ou tubéreuse compliquée de méningite. Progrès méd. 1896, No. 9.

Ein 10jähriges, von syphilitischen Eltern abstammendes Mädchen zeigte seit seinem dritten Lebensmonat einen Mangel geistiger Entwicklung; es lernte erst im dritten Lebensjahre Gehen und Sprechen. Im achten Monat traten zum ersten Male Krämpfe auf, die sich dann mehrfach wiederholten, um dann im dritten Lebensjahre zu schwinden. Dann stellten sich Anfälle von Schreikrämpfen ein, tic-artigen Bewegungen, Schwanken, Zähneknirschen, Stummheit und fortschreitende Schwäche, Demenz und Cachexie. Im 10. Lebensjahre erfolgte der Tod. Die Sektion

Digitized by Google

erwies eine hypertrophische oder tuberöse Sklerose des Gehirns neben chronischer Meningitis; ferner an der rechten Lungenhälfte tuberkulöse Veränderungen. Alle Suturen des Schädeldaches waren noch vorhanden.

S. Kalischer.

E. Michel, Ein Beitrag zur Frage von der sogen. traumatischen Spätapoplexie. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 35.

Der Vf. erörtert die Frage der Spätapoplexie vom forensischen Standpunkte aus, nachdem er die Theorien für ihr Zustandekommen besprochen hat. Er schildert sodann einen einschlägigen Fall. Der 65jährige Mann erlitt ein schweres Kopftrauma, befand sich aber nach dem Unfall wohl, bis er acht Tage später an Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen erkrankte und kurz darauf verstarb. Die Sektion ergab Blutungen und Erweichungen in beiden Hinterhauptslappen und eine grosse, frische Blutung in denselben, welche in die Ventrikel durchgebrochen war und auch intermeningeal sich verbreitet hatte. Der durch v. HOFMANN begutachtete Fall wurde dahin erläutert, dass durch das Trauma kleine Blutungen und Erweichungen gesetzt wurden und dass diese erst zu der terminalen grossen Blutung führten. Die chronische Arteriitis des Mannes begünstigte das Eintreten dieser Erscheinungen. Eine Commotio cerebri war dem Trauma nicht gefolgt.

Der Verf. möchte den Fall zu den Hirnkontusionen gerechnet wissen. Das Trauma hatte auf die rechte vordere Scheitelgegend eingewirkt.

M. Brasch.

R. v. Hoesslin, Neues zur Pathologie des Morbus Basedowii. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 2.

Bei einem Falle seiner Klientel beobachtete der Verf. einige bisher nicht betonte Symptome:

1. Rhythmische Schwankungen der Pulsfrequenz, z. B. Morgens 160, Abends 130, bezw. 105 : 95. 2. Eine anfallsweise Tachycardie mit Angstgefühl, wobei sich von einer Minute zur anderen ein Anstieg von 130 bis 250 Schlägen und ein dementsprechender Abfall nachweisen liess. 3. Schwankungen der Herzgrösse und des Lumens der Herzostien, welche sich mit den sonstigen Schwankungen des Krankheitsbildes auf- und abbewegten. 4. Eine Abnahme der Struma beim tachycardischen Anfall, und zwar eine um so grössere, je heftiger der Anfall war. 5. Eine Lenkoplakie der Zunge, welche, je elender sich der Kranke fühlte, desto mehr hervortrat.

Der Verf. hält dies Symptom für ein sympathisches, da der Kranke auch andere auf die Miterkrankung des Sympathicus hindeutende Zeichen darbot. Der 6 Jahre lang beobachtete Kranke wurde auf alle mögliche Art behandelt. Als nützlich erwies sich die Opiumbehandlung des tachycardischen Anfalls (per clysma) und das vegetarische Regime. Der höchst schwer verlaufene Fall zeigt zur Zeit ein fast an Heilung grenzendes Zurückgehen der Symptome.

M. Brasch.

M. Köppen, Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung. Arch. f. Psych. XXVIII. (1.)

Der Verf. setzt an das Ende seiner Arbeit etwa die folgenden Schlusssätze: Der Name Querulantenwahn kann als ein Sammelbegriff für gewisse Fälle angesehen werden, welche durch äussere Umstände ein gleichartiges charakteristisches Gepräge erhalten haben; eine solche Krankheit sui generis giebt es aber nicht und man sollte aus praktischen Gründen diesen Namen in foro fallen lassen. Die Fälle gehören zur Paranoia, Dementia senilis, alkoholistischen und traumatischen Psychose etc. Die Wahnbildung dieser Kranken ist eine raisonnirende; diese raisonnirende Form kommt aber bei vielen Krankheitsformen vor. In foro muss bewiesen werden, dass die Schlüsse, die der Kranke zieht, unbegründet und unkorrigirbar als wahnhaft geworden sind. Das Queruliren ist ein psychopathisches Symptom, kann aber auch als Eigentümlichkeit eines Zeitalters oder eines Volksstammes auftreten. Es giebt Remissionen, ja vielleicht auch Heilungen des Querulantenwahns. Die in der Litteratur niedergelegten Fälle beweisen, dass man es mit Geisteskranken zu thun hatte, deren Psychose auch aus anderen Symptomen hervorging; die Vorwürfe der Laien, dass man jene Leute wegen ihres unbequemen Querulirens allein für geisteskrank erklärt habe, entbehren der Begründung. M. Brasch.

---

1) **Ed. Lang,** Ergebnisse der Lupusbehandlung. Wien. med. Wochenschr. 1897, No. 19.

2) **V. Janovsky,** Ueber die Behandlung des Lupus. Wien. klin. Rundschau 1897, No. 19, 20.

1) In Anbetracht der Unzulänglichkeit aller anderen Behandlungsmethoden empfiehlt L. dringend die vollständige Exstirpation des Lupus und Deckung der dabei entstehenden grösseren Defekte nach Thiersch oder mit Hautlappen. Von 23 in dieser Weise behandelten Kranken, die lange genug in Beobachtung waren, blieben 17 vollkommen recidivfrei, nur bei 5 trat ein Recidiv auf, ein Fall ist in dieser Hinsicht noch zweifelhaft. Es handelte sich bei den Operirten nicht selten um zahlreiche und ausgedehnte Herde; so bestanden bei der einen Pat. deren nicht weniger als 25 über flachhandgrosse. Eine nicht geringe Zahl der Kranken war vorher Dezennien hindurch nach den verschiedensten der bisher gebräuchlichen Methoden vergeblich behandelt worden.

2) J. bespricht die an seiner Klinik übliche Behandlung des Lupus. Von den mechanischen Methoden bevorzugt er die Auslöffelung mit nachfolgender Ausbrennung. Tuberkulin-Injektionen hatten in manchen Fällen eine Rückbildung des Lupus zur Folge, in anderen, namentlich bei Lupus sclerosus und verrucosus, zeigten sie sich nutzlos; niemals vermochten sie Recidiven vorzubeugen. Versuche mit Tuberculocidin und mit Kantharidin ergaben ganz negative Resultate, während Thiosinamin und Nuclein wenigstens einen gewissen Einfluss hatten. Von den dem Lupus gegenüber elektiv wirkenden Aetzmitteln erwies sich die Arsenpaste zu schmerzhaft und, auf grossen Flächen angewendet, nicht ungefährlich; das letztere gilt auch von der ziemlich schmerzlosen 10proc. Pyrogallussalbe nach Jarisch,

die aber für kleinere Herde eines der besten Mittel ist. Entschieden gute Erfolge wurden mit den von UNNA empfohlenen Salicyl-Creosot-Pflastern und -Pasten erzielt, noch bessere und schnellere mit dem von ELSENBERG zuerst benutzten Parachlorophenol. Dieses wird in Pastenform (mit Vaselin oder mit Lanolin, Vaselin und Amyl. tritici zu gleichen Teilen) in zweitägigen Pausen, während deren man eine schwache Salicyl- oder eine Borsalbe oder Lassar'sche Paste applicirt, nach Abwaschen der betreffenden Stelle mit einer concentrirten Lösung von Kali carbonicum für 10 bis 12 Stunden aufgelegt. Der Erfolg tritt nach etwa 10 bis 14 Tagen ein, die Schmerzen sind nicht sehr bedeutend. — Schliesslich betont Verfasser, dass alle diese Mittel und Methoden nur eine palliative Wirkung haben und Recidive nicht verhüten. H. Müller.

L. Freund, Nachtrag zu dem Artikel: „Ein mit Röntgen-Strahlen behandelter Fall von Naevus pigmentosus piliferus. Wien. med. Wochenschr. 1897, No. 19.

Als Verf. unlängst über den Fall berichtete, in dem es ihm gelungen war, durch längere Anwendung der Röntgen-Strahlen die Haare eines ausgedehnten Naevus pilosus zum Ausfallen zu bringen, liess er es dahingestellt, ob dieser Erfolg ein bleibender sein werde. Inzwischen sind in der That die Haare wieder nachgewachsen. Es ist aber ausserdem bemerkenswert, dass einige Tage nach Beendigung der Versuche sich an der beleuchteten Partie des Rückens eine intensive Dermatitis entwickelte, die nach mehrwöchigem Bestande unter hohem Fieber und sonstigen bedrohlichen Erscheinungen zu nekrotischem Zerfall der Haut führte. Auch traten während einiger Tage eigentümliche heftige, bis zu 15 Minuten anhaltende und dann plötzlich aufhörende, nach der Blasengegend hinziehende Schmerzanfälle in den Seitenteilen des Thorax und Abdomens auf. Trotz dieser üblen Erfahrung glaubt Verf., dass man die Röntgen-Strahlen auch weiter unter gewissen Cautelen, zu denen namentlich eine nicht zu lange Expositionsdauer gehört, versuchsweise zu Epilationszwecken, z. B. auch bei Sycosis, Favus u. dergl. verwenden könne. H. Müller.

D. Majocchi, Ueber die Anwendung des Jodolpflasters bei einigen venerisch-syphilitischen Krankheiten. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. No. 9, 10.

Verf. hat Jodolpflaster (aus der Fabrik von Beiersdorf & Comp.) mit vorzüglichem Erfolge, namentlich bei Adenitiden und Periadenitiden, bei Epididymitis und Orcheoepididymitis, sowie bei einigen anderen syphilitischen und nicht-syphilitischen Affektionen angewendet. Es reizt und macerirt nicht, klebt sehr gut, kann viele Tage liegen gelassen werden, wirkt entzündungshemmend, schmerzstillend und resorbirend. Bei einfachen, nicht spezifischen Entzündungsprozessen ist es dem Quecksilberpflaster vorzuziehen. H. Müller.

M. Nélaton, Deux observations de péritonite. Annales de gynécol. 1896, Août.

Vf. hat in zwei Fällen, in denen mit gutem Erfolge seiner Zeit wegen tuberknlöser Peritonitis die Cöliotomie gemacbt worden war, wegen vereiterten Tubensäcken eine erneute Cöliotomie vorgenommen. Er fand das Peritoneum normal glatt, nur im Becken die Eingeweide durch lockeres Zellgewebe mit den Beckenorganen verwacbsen. Die Exstirpation der Tuben war in beiden Fällen leicbt; der Eiter in denselben war ähnlicb dem der kalten Abscesse und enthielt reicblicb Tuberkelbacillen.

Aus diesen Fällen ziebt Verf. den Scbluss, dass dnrch die erste Cöliotomie die Heilung der tuberkulösen Peritonitis auf 6 Jabre hindurch (90 bis 96) erreicbt wurde. Docb rät er, in jedem Falle, wo Erkrankungen der Adnexe bestehen, dieselben als Ursachen späterer neuer Erkrankungen gleich zu entferneu.

Verf. bringt ferner einen Fall, wo auf die Diagnose von eitriger Peritonitis infolge von Appendicitis die Cöliotomie gemacht wnrde. Es fand sich 550 g eitrig-seröse Flüssigkeit in der Bauchhöble; die Eingeweide waren stark injicirt, der Appendix gesund, dagegen beide Tuben in gänseeigrosse Säcke verwandelt. Wegen der Aussicbtslosigkeit der Heilung wurde die Baucbhöble obne weitere Operation abgescblossen. Wider Erwarten befand sich Pat. in 8 Tagen wobl; wegen der bald darauf wieder auftretenden Bescbwerden und des Fiebers vaginale Hysterectomie und Exstirpation der vereiterten Tuben. Glatte Heilnng. In diesem Falle wurde in Folge einer Fehldiagnose die Cöliotomie gemacht, wo die vaginale Totalexstirpation genügt bätte. A. Martin.

G. Bulius, Ueber Endometritis decidua polyposa et tuberosa. Münchner med. Wochenschr. 1896, No. 23.

Vf. giebt eine genane makroskopiscbe sowie mikroskopische Beschreibung eines spontan ansgestossenen Lappens von Decidua polyposa et tuberosa. Er ist im Gegensatz zn Ahlfeld der Ansicht, dass eine solcbe excessive Wucberung der Decidna selten vorkommt. B. hält diese Erkrankung für eine Folgeerscheinung eines mangelhaft znrückgebildeten Uterus post partum, wäbrend Virchow sie auf syphilitischen Ursprung zurückführe. A. Martin.

---

1) **E. Veillon,** Der Fleiscbl-Miescher'scbe Hämometer nnd die Prüfung seiner Leistungsfähigkeit. Arcbiv f. exp. Pathol. u. Pharmak. XXXIX. S. 385.
2) **F. Egger,** Beobachtungen an Menschen und Kaninchen über den Einfluss des Klimas von Arosa (Graubünden, 1890 m ü. M.) anf das Blut. Ebenda.
3) **J. Karcher, E. Veillon** und **F. Suter,** Ueber die Veränderungen des Blutes beim Uebergang von Basel (266 m) nach Cbampéry (1052 m), Serneus (986 m) und Langenbruck (700 m). Ebenda.
4) **F. Miescher,** Bemerkungen zur Physiologie des Höhenklimas. (Nacb den binterlassenen Aufzeichnungen des Autors bearbeitet von A. Jaquet.) Ebenda.

1) Durch eine Veränderung an der Kammer des bekannten Fleischl'schen Hämometers, welche dem Auge die Vergleichung der Farben erleichtert, durch eine sorgfältigere Anfertigung des keilförmigen roten Glases und namentlich dadurch, dass die Mischnng des Blutes mit Wasser in einem Melangeur (Miescher'sche Milchpipette zur Blutkörperchenzählung) geschieht, werden die Resultate des Apparates sehr viel genauere. Die Fehlergrenze soll bei einiger Uebnng 0,15 pCt. des absoluten Hämoglobingehaltes nicht übersteigen. Dieser Apparat wurde bei dem grössten Teile der Untersuchungen der hierunter referirten Arbeiten benutzt.

2) Die Zahl der roten Blntkörperchen und der Hämoglobingehalt des Blutes nimmt bei einem Ortswechsel aus tiefer gelegenen Orten nach Arosa (Höhendifferenz Chur-Arosa ca. 1300 m) in kurzer Zeit (14,7 pCt. in 15 bis 16 Tagen) bei Menschen und Kaninchen bedeutend zu. Es beruht dies nicht auf einer Eindickung des Blutes durch Wasserabgabe. Es treten grosse Mengen kleiner roter Blutkörperchen im Beginne des Aufenthaltes „explosionsweise" auf. Die Zahl der Blutkörperchen nimmt früher zu, als der Hämoglobingehalt. Bei den Bewohnern von Arosa ist die Zahl der roten Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt ein sehr hoher, höher als bei den Reisenden nach einem Aufenthalt von 16—20 Tagen. Bei dem Abstieg nach tiefer gelegenen Orten nimmt die Zahl der Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt ab.

3) Die Beobachtungen von Egger werden auch für geringere Höhen bestätigt. Dieselben treten wahrscheinlich schon bei einer Höhe von 700 m auf. Dies scheint aber die untere Grenze zu sein. Je grösser der Höhenunterschied, um so intensiver treten die Veränderungen auf.

4) Verf. stellt zur Erklärung der Vermehrung der roten Blutkörperchen an höher gelegenen Orten eine geistreiche Hypothese auf, die wir hier nur kurz erwähnen können und für deren eingehendere Begründung auf das Original verwiesen werden muss. Die Vermehrung soll eine Einwirkung der zu geringen Sauerstoffzufuhr zum Blute sein. Der ungleiche Ventilationsgrad in den verschiedenen Teilen der Lunge bei ruhiger Atmung, auf welchen Zuntz nnd Geppert hingewiesen haben, kann in dem Falle, dass grössere Teile der Lunge schlecht durchlüftet werden, bei dem verminderten Luftdruck in der Höhe eine merkliche Differenz im Sauerstoffgehalte des Blutes herbeiführen. Ein gewisser Grad von Sauerstoffmangel soll die Bildung von roten Blutkörperchen in den Capillaren des Knochenmarks anregen. Der hämopoëtische Apparat soll rascher reagiren als das Atemcentrum. Verf. bespricht ausserdem den Einfluss des Höhenklimas auf Herz und Kreislauf, auf das Gefässnervensystem, auf die Atembewegungen, auf den Stoffwechsel und die Wärmeregulation. Der Stoffwechsel ist wahrscheinlich erhöht durch die gesteigerte Wärmeabgabe bei der vermehrten Hautausdünstung. Wendelstadt (Bonn).

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Hirschfelder

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

für die

medicinischen Wissenschaften.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **11. September.** **No. 37.**

Inhalt: Kutscher, Zur Physiologie der Phosphorescenz. — Orloff, Gewinnung der Amidosäuren. — Garnier und Lambert, Ueber den Stoffwechsel ausgewaschener Muskeln. — Schumburg, Herstellung keimfreien Trinkwassers. — Jolles, Neues Urometer. — Joachimsthal, Ueber funktionelle Formveränderung der Muskeln. — Bremer, Diagnose des Diabetes mellitus durch Blutuntersuchung. — v. Bergmann, Fall von eingeklemmter Hernia diaphragmatica. — Tilmann, Torsionsfrakturen des Oberschenkels. — Zorge-Mantreuffel, Complicirte Fraktur des Ellbogengelenks. — Funke, Zur Behandlung der Nierengeschwülste. — Lejars, Fall von infektiöser Cholecystitis. — Duplay, Ueber eine Form der chronischen Osteomyelitis. — Bach, Ueber Spindel- und Kapselstaar. — Eulenstein, Zur Casuistik der Pyämie. — Scheppegrell, Behandlung der Larynxtuberkulose. — Kronenberg, Schleimpolypen und Nasenciterungen. — Dzierzgowski, Verteilung des Antitoxins im Körper. — Jolly, Pellotin als Schlafmittel. — Wefers, Fall von Antinervinvergiftung. — Busquet, Ueber recidivirende Parotitis. — Beco, Diphtheroide Stomatitis. — Gersuny, Neues Symptom bei Kottumoren. — v. Weismayr, Ueber Aorteninsufficienz ohne Geräusch und Pseudoinsufficienz. — König, Cerebrale Kinderlähmung. — v. Kornilow, Fall von primärer akuter Polyomyositis. — Bresold, Zwei seltene Fälle von Hirntumor. — Jacques, Innervation der Dura mater. — Linossier und Lannois, Absorption von Jod und Jodpräparaten. — Ziegler. Alopecia congenita. — Sack, Syphilitischer Primäraffekt. — Dührssen, Behandlung des Uteruscarcinoms. — Ahlfeld, Innere und äussere Untersuchung der Gebärenden. — Winterhalter, v. Herff, Sympathisches Ganglion im Ovarium.

Fr. Kutscher, Zur Physiologie der Phosphorescenz. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXIII. S. 109.

Die an faulendem Holz nicht selten beobachtete Phosphorescenz wird von manchen Autoren auf Pilzwucherungen zurückgeführt, von anderen aber, namentlich von de Bary, für ein rein chemisches Phänomen erklärt. Verf. konnte nun an phosphorescirendem Holz feststellen, dass die scheinbar pilzfreien Flächen kaum sichtbare Spalten zeigten, die das Holz in der Richtung des Faserverlaufs durchsetzten. Die Spalten zeigten sich in die Tiefe hinein mit einem zarten, rein-weissen, wolligen Pilzrasen bedeckt. Das Mycel leuchtete, abgenommen, für sich, während das Leuchten an den Stellen des Holzes, wo es abgenommen war, sofort abnahm. Es gelang auch, den Pilz auf mit Agar oder Gelatine versetzter Buchenrinde-Abkochung zum Wachstum zu bringen, ebenso ihn auf steriles Tannenholz oder

Buchenrinde zu übertragen und dieses leuchtend zu machen. Da der Pilz nicht zur Fruktifikation zu bringen war, so konnte er bisher nicht klassifizirt werden. E. Salkowski.

N. Orloff, Zur Gewinnung von Amidosäuren, insbesondere Leucin, und deren Trennung. Pharmaceut. Ztg. 1897. No. 28.

Die gewöhnlich geübte Darstellung der Amidosäuren aus ihrer gemeinschaftlichen Lösung mit Hülfe der Kupferverbindungen ist schwierig, weil einerseits sich die einzelnen Verbindungen in ihrer Löslichkeit nur wenig von einander unterscheiden, andererseits aus unreinen Lösungen überhaupt schwer krystallisiren. Verf. empfiehlt nun zu diesem Zweck die bisher nicht untersuchten Nickelverbindungen. Das Glycocoll-Nickel löst sich zu 3,35 pCt., das Alanin-Nickel zu 0,76 pCt., Asparagin-Nickel bildet eine amorphe grüne Masse und ist in Wasser leicht löslich, Leucin bildet keine Nickelverbindung.

Zur Darstellung von Leucin aus Eiweiss wandte Verf., um das langwierige Kochen zu umgehen, sehr viel stärkere Schwefelsäure an — 50- bis 80proc. — und erhitzte nur eine halbe Stunde. Aus Eiweiss erhielt er so 4 pCt. Leucin, kein Tyrosin, aus Gelatine 3 pCt. Glycocoll.
E. Salkowski.

L. Garnier et M. Lambert, Action des injections intraveineuses d'eau salée sur la réspiration musculaire. Compt. rend. de la soc. de biolog. 1897, No. 6.

Die Verff. haben den Gaswechsel eines ausgeschnittenen normalen Warmblütermuskels verglichen mit dem, den ein Muskel nach Durchspülung des Gefässsystems mit physiologischer Kochsalzlösung zeigt. Die Beobachtungen geschahen am M. triceps der Hinterextremität des Hundes. Zunächst wurde der eine Triceps unter aseptischen Cautelen entfernt und in einen über Quecksilber befindlichen Luftraum von bekannter Grösse gebracht, dann das Gefässsystem durchspült, der zweite herauspräparirt und unter eine zweite Glocke gebracht. Nach 24—48 Stunden wurde die Luft beider Glocken analysirt. Es fand sich in 6 Versuchen, dass die durchspülten Muskeln mehr Sauerstoff verbraucht und mehr Kohlensäure producirt hatten, als die normalen.

Die Verff. wollen das Resultat auf einen Reiz zurückführen, den das Auswaschen auf den Muskel ausübt. A. Loewy.

Schumburg, Ein neues Verfahren zur Herstellung keimfreien Trinkwassers. D. med. Wochenschr. 1897, No. 10.

Bei der Durchprüfung der verschiedenen Methoden zur Herstellung eines keimfreien Trinkwassers fand Verf., dass es gelingt, in 5 Minuten fast sämmtliche Wasserbakterien und sämmtliche im Wasser nachgewiesenen pathogenen Keime durch Bromwasser abzutöten. Dieses wird dann durch Ammoniakzusatz unschädlich gemacht und man erhält ein klares und geschmackfreies Wasser.

Schumburg verwendet eine Lösung von Aqua 100,0, Kal. bromat. 20,0,

Brom 20,0; davon reichen 0,2 ccm für einen Liter Wasser aus. Nur stark verunreinigtes Fluss- und Sumpfwasser verlangen mehr; man setzt so viel von der Lösung hinzu, dass eine wenigstens $^1/_2$ Minute bestehende Hellfärbung entsteht. Dann wird 0,2 ccm 9proc. Ammoniak hinzugefügt, war mehr Bromlösung als 0,2 ccm verbraucht worden, entsprechend mehr Ammoniak. Die Brom- und Ammoniaklösung müssen aufeinander genau eingestellt sein. A. Loewy.

A. Jolles, Beitrag zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes im Harn und über ein neues Urometer für geringe Harnmengen. Centralblatt f. inn. Med. 1897, No. 8; auch Wien. med. Presse 1897, No. 8.

Jolles weist durch eine Reihe von Kontrolluntersuchungen auf die Mangelhaftigkeit der gewöhnlichen Urometer hin. Er bespricht ihre Ursachen und zeigt, dass man durch eine andere als die gewöhnliche Feststellung der Fixpunkte bessere Resultate erzielen kann. Jetzt werden nämlich die Zahlen 1000 und 1050 experimentell festgestellt, nach dem Vorschlag von J. sollte 1010 und 1035 bestimmt werden.

Das neue Urometer von Jolles, das die Benutzung nur geringer Harnmengen erfordert, trägt eine kurze Spindel, die nur eine Dichte von 1000 bis 1010 anzeigt. An der Spindel befindet sich ein Wulst, auf den Gewichte in Form kleiner durchlöcherter Metallscheiben gelegt werden können, deren jede 10 Einheiten entspricht. Die Zahl der aufgelegten Metallscheiben ergiebt also die Zehner, die an der Skala abgelesene Zahl die Einer. Es sind nur 20—25 ccm Harn für die Bestimmung erforderlich. A. Loewy.

Joachimsthal, Funktionelle Formveränderungen an den Muskeln. Arch. f. klin. Chir. LIV. S. 503.

Nachdem die Anpassungsfähigkeit des Knochens nicht nur hinsichtlich seiner inneren Architektur, sondern auch der äusseren Form unter funktionell neuen Verhältnissen, vor allem durch die Forschungen J. Wolff's, erwiesen war, lag es nahe, die Anpassungsfähigkeit der Skelettmuskulatur zu prüfen. Verf. weist zunächst auf die athletische Entwicklung der Muskulatur der oberen Extremitäten und des Rumpfes bei Fällen von spinaler Kinderlähmung mit fast völliger Paralyse der unteren Extremitäten hin. Die Selbstregulation des Muskels in Bezug auf seinen Dickendurchmesser ist daher sicher erwiesen; aber der Muskel passt sich auch grösseren Aenderungen in der Entfernung seiner Insertionspunkte von einander allmählich an, so bei mit Verschiebung der Fragmente verheilten Brüchen und nicht-reponirten Verrenkungen. Für die Feststellung der Uebereinstimmung von Form und Funktion bedurfte es nur des Nachweises der Abhängigkeit der Muskellänge von der Exkursionsgrösse des durch den Muskel bewegten Teils und der Fähigkeit der kontraktilen Fasern, dabei selbstregulatorisch ihre Länge zu variiren. Dass ein direktes Abhängigkeitsverhältnis der Muskellänge zur Hubhöhe besteht, ist lange bekannt. Verfasser weist auf die geringere Prominenz der Wadenmuskulatur beim Neger im Vergleich mit dem Weissen hin, die sich durch ein stärkeres Hervortreten des hinteren Fersenbeinfortsatzes erklärt. Entsprechend der Arbeit an

einem längeren Hebelarm setzt sich an einen langen schmalen Muskelbauch eine kurze Sehne an.

Um nun die Selbstregulation der kontraktilen Fasern bei Aenderungen der Exkursionsgrösse des durch den Muskel bewegten Teils nachzuweisen, resecirte MAREY an beiden Hinterbeinen eines Kaninchens den nach hinten vorspringenden Teil des Fersenbeins; nach einem Jahre betrug die Länge des Muskels nur noch die Hälfte derjenigen der Sehne. Bei einer Ziege fiel derselbe Versuch negativ aus. Verf. führte dieselbe Operation an der Katze einseitig aus; der mit der Achillessehne in Verbindung stehende Teil des Calcaneus-Fortsatzes wurde abgesägt, ein 1 cm langes Stück resecirt und alsdann beide Knochenteile mit Silberdraht aneinander befestigt. Ein Gipsverband blieb 5 Wochen liegen; nach kurzer Zeit lief das Tier normal. Nach 9 Monaten zeigte sich am operirten Bein eine Verlängerung und Verdickung der Achillessehne; der Muskel hat sich verkürzt, die mikroskopische Untersuchung zeigt eine Vermehrung und Verschmälerung der einzelnen Fasern. Auch beim lebenden Menschen liessen sich Beweise für die Anpassungsfähigkeit des Muskels in Bezug auf die Länge seiner Fasern erbringen. Bei vor mehreren Jahren wegen angeborenem Klumpfuss mit dem portativen Etappenverband geheilten Patienten zeigte sich eine eigenartige Atrophie der Wade, die lediglich in einer Zusammendrängung der Muskelmasse im obersten Drittel des Unterschenkels bestand. Diese Verkürzung des Wadenmuskels war bedingt durch eine Beweglichkeitsbeschränkung des Fussgelenks und eine geringe Atrophie des Calcaneus-Fortsatzes, verbunden mit plantarer Abknickung desselben. Diese Verkürzung des Wadenmuskels zeigen in geringerem Grade alle Patienten mit dauernder Einschränkung der Beweglichkeit im Sprunggelenk, während bei völliger Ankylose die Wadenmuskulatur gleichmässig schwindet. M. Rothmann.

L. Bremer, Die Diagnose des Diabetes mellitus aus dem Blut mittelst Anilinfarben. Cbl. f. inn. Med. 1897, No. 22.

Das zu untersuchende Blut wird auf Objektträgern in dickerer Schicht ausgestrichen und in einem Wärmeschrank 6—10 Minuten auf ca. 135° C. erhitzt. Statt der zuerst vom Vf. angegebenen Eosin-Methylenblau-Verbindung benutzt man besser Kongorot, Methylenblau oder Biebrichscharlach in 1 proc. wässeriger Lösung oder die Ehrlich-Bioudi'sche Farbenmischung. Kongorot und Methylenblau lassen nach $1^1/_2$—2 Minuten das Diabetesblut ungefärbt, während das nicht-diabetische Blut rot resp. blau gefärbt ist; bei Biebrichscharlach ist umgekehrt das Diabetesblut intensiv gefärbt, das normale Blut refraktär. Bei Ehrlich-Biondi'scher Mischung ist nach 2—3 Minuten Diabetesblut orange, normales violett gefärbt. Auch Doppelfärbung mit Methylgrün und Eosin, beide in wässeriger Lösung, gelingt. Diabetesblut ist grün, normales rot gefärbt. Andere Anilinfarben geben weniger frappante Resultate. Der Ansicht von LÉPINE und LYONNET, dass es sich um Alkalescenzdifferenzen der Blutsorten handelt, tritt Verf. nicht bei; es handelt sich wohl um complicirtere Verhältnisse. Die Angabe, dass leukämisches Blut sich bei der Eosin-Methylenblau-Färbung wie Diabetesblut verhält, bestätigt er. M. Rothmann.

A. v. Bergmann, Ueber einen Fall von Hernia diaphragmatica incarcerata. Petersb. med. Wochenschr. 1896, No. 48.

Betrifft einen 29jähr. kräftigen Mann, der in die linke Brust 4 Messerstiche erhalten, darunter einen ca. eine Hand breit unter dem Angulus scapulae und etwas nach vorn von diesem. Dieser Stich perforirte und war von etwas Emphysem umgeben. Pat. verliess vor beendeter Heilung die Anstalt, nach einigen Wochen war er indessen genesen und arbeitete. Beim Heben einer Last ca. 8 Wochen nach der Verwundung im trunkenen Zustand traten plötzlich heftige Schmerzen in Brust und Leib auf; schwerkrank und sehr schwach kam er am nächsten Tage wieder in die Anstalt mit linksseitiger Abflachung des Thorax bei fehlendem Fremitus, vorn oben gedämpftem, unten tympanitischem Schall, Succussion. Probepunktion ergab serös hämorrhagische, nicht riechende Flüssigkeit. Zu einer Operation kam es infolge Weigerung des Pat. erst nach 3 Tagen. Nach vergeblicher Cocaïn-Anästhesie eröffnete Verf. die Pleura unter Chloroformnarkose nach Resektion der 7. Rippe. Es stürzte 1 Liter serös-blutiger Flüssigkeit heraus, im gleichen Augenblick stockten Puls und Atem. Die Obduktion ergab in der linken Zwerchfellhälfte ein rundliches Loch, 8 cm weit, durch das der grösste Teil des Magens mit einem Teil Netz durchgetreten war. Magenschleimhaut geschwellt, verfärbt. An dem vorderen Umfang des Loches Spuren von Verwachsung von Magenserosa und Peritoneum des Zwerchfells. Verf., der schon vor der Operation die Diagnose einer eingeklemmten Zwerchfellhernie mit der Massgabe gestellt, dass ein durch den Stich s. Z. durchtrennter Teil des Zwerchfells, weil nicht völlig durchbohrt, keine Symptome geboten, die Narbe aber durch das Fallen der Last gesprengt sei, legt den Tod nicht der Narkose zur Last, sondern sieht seine Ursache in dem durch die lange Einklemmung herabgesetzten Allgemeinbefinden und in dem durch die plötzliche Eröffnung und Entleerung der Pleura entstandenen Pneumothorax acutus. — In einem Fall von subphrenischem Abscess mit Empyem sah Verf. nach der unter Cocaïn verrichteten Operation ebenfalls binnen kurzem den Tod folgen.

P. Güterbock.

Tilmann, Zur Frage der Torsionsfrakturen des Oberschenkels. (Aus der chir. Klinik der Charité.) Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 35.

Kurzer Bericht über 5 Fälle von Oberschenkelfraktur, 3 bei Männern von 19, 37 und 48, 2 bei Frauen von 27 und 36 Jahren. 4 der Frakturen waren beim Schuhausziehen, und zwar 3 im Sitzen, 1 im Stehen entstanden, indem der Fuss mit den Händen emporgezogen und durch Zug am Hacken der Schuh zu entfernen versucht wurde. Bei dem 5. Pat. entstand die Fraktur bei gewaltsamer Drehung des Fusses behufs Besichtigung einer Wunde am äusseren Fussrande. 4 Patt. wurden geheilt, 1 (Mann von 48 Jahren) starb. Bei allen 5 trat der Bruch unter lautem Krachen ein; zwei waren durch Tabes zu Spontanfrakturen disponirt. Zur Prüfung der Frage, ob das Trauma im Uebrigen zur Erzeugung einer Torsionsfraktur ausreiche, stellte T. an 90 Leichen Versuche an. Diese gelangen bei 7 (darunter 2 Kinder, 6—8 Jahre alt, die übrigen 3 Männer und 1 Frau von 60 bis 80 Jahren). Die beiden Kinder und 2 Erwachsene, deren Knochen untersucht

werden konnten, boten typische Spiralfrakturen, die Knochen der beiden Erwachsenen als senile Atrophie zu deutende Veränderungen. T. schliesst, dass es bei normalem Knochen nicht gelingt, durch Rotation des Oberschenkels mittelst Hebelung des Unterschenkels Torsionsfrakturen zu erzeugen. Thatsächlich ergab nähere Nachforschung auch bei den 3 übrigen Patienten T.'s Tabes. P. Güterbock.

W. Zoege-Manteuffel, Complicirte Fraktur des Ellbogengelenkes mit Verletzung, Lähmung und Neuralgie des Nervus radialis. Heilung. Petersb. med. Wochenschr. 1896, No. 31.

Betrifft einen 11 Jahre alten Knaben. Nach mehr als $^3/_4$ Jahre dauernder Massage-Nachbehandlung entschloss sich Verf., den N. radialis zwischen M. biceps und supinator longus über dem ihn drückenden Osteophyten freizulegen. Den Gang der Operation resumirt Verf. mit folgenden Worten: Nach Abmeisselung der Osteophyten Naht des Periostes über dem Knochen, damit der Nerv nicht wieder mit diesem verwächst. Vernähung des Biceps mit dem Supinator longus und Lagerung des Nerven über dem Muskelpolster. Schluss der Wunde, Heilung in 7 Tagen, keine neuralgischen Anfälle mehr in 2jähriger Beobachtungsdauer. P. Güterbock.

K. Funke, Beitrag zur chirurgischen Behandlung der cystischen und infektiösen Geschwülste der Niere. Prag. med. Wochenschr. 1897, No. 7 bis 11.

Die Arbeit stützt sich auf die Erfahrungen der Gussenbauer'schen Klinik. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Kleine Hydronephrosen sind überhaupt nicht Gegenstand chirurgischer Behandlung.

2. Bei solitären grösseren Cysten kann die Nephrotomie ev. mit nachfolgender Ausschälung der Cyste versucht werden.

3. Bei multiplen Cysten und sehr grossen hydronephrotischen Säcken ist die Nephrectomie das schnellste und sicherste Verfahren.

4. Für die infektiösen Nierengeschwülste ist die Nephrectomie das einzig rationelle Verfahren; wichtig ist es, die Fettkapsel gleichzeitig zu exstirpiren und die ev. erkrankten retroperitonealen Drüsen.

In der Gussenbauer'schen Klinik wird meist extraperitoneal operirt, zur Unterbindung des Stiles wird Catgut benutzt. Von 13 Nephrectomirten starb 1 nach der Operation an Reflexanurie. M. Borchardt.

F. Lejars, Cholecystite et angiocholite infectieuse à coli-bacille. Cholecystotomie. Guérison. Gaz. hebd. etc. 1897, No. 24.

Der betreffende Pat. war unter hohem Fieber, Frösten, Icterus, heftigem Erbrechen und Empfindlichkeit der Leber erkrankt. Bei der Cholecystotomie entleerte sich aus der Gallenblase grüne Galle, in der sich das Bacterium coli fast in Reinkultur vorfand. Steine waren nicht vorhanden, auch sonst keine verdächtigen Härten in den Gallengängen. Pat. wurde durch die Operation geheilt. M. Borchardt.

S. Duplay, Sur nne forme d'ostéomyélite chroniqne. Gaz. hebdom. 1897, No. 57.

Ein 22jähriges, im Uebrigen gesnndes Mädchen zeigt eine allmählich im Laufe von $1^1/_4$ Jahren scbmerzlos entstandene Auftreibung der innereu zwei Drittel der Clavicula, die das Volumen des Schlüsselbeins hier etwa um das Doppelte vermehrt hat. An einer etwas verfärbten Stelle, ein bis zwei Finger breit nach innen von der Articulatio sternoclavicularis, ist die Haut mit der Unterlage verwachsen. Es entleert sich bei einem Einstich eine geringe Quantität sero-sanguinolenter Flüssigkeit; das Messer gelangt hierbei auf rauhen Knochen. D. nimmt als Ursacbe der Erkranknng einen der Fälle von Osteomyelitis an, die, ohne akutes Stadium, vom Beginn an einen chronischen Charakter tragen, Fälle, auf die Trélat zuerst die Aufmerksamheit gelenkt hat. Joachimsthal.

L. Bach, Histologische und klinische Mitteilnngen über Spindelstaar nnd Kapselstaar nebst Bemerkungen zur Genese dieser Staarformen. v. Graefe's Archiv f. Ophthalm. XLIII. (3.) S. 663.

Nach der Ansicht von B. ist der Kapselstaar ein Produkt des Kapselendothels. Durch irgend einen Reiz werden die Kapselzellen zur Wucherung veranlasst, die neugebildeten Zellen und die von ihnen gebildete Zwischensubstanz, bezw. die zu Fasern answacbsenden Zellen drängen die Kapsel auseinander und es kommt znr Kapselspaltung. Der Spalt wird ausgefüllt durch ein faseriges Gewebe, das chemisch den Linsenfasern und der Linsenkapsel gleichzusetzen ist.

Der Spindelstaar berubt auf einer Störung in der fötalen Entwicklung der Linse. Hierdurch kommt es aus rein mecbanischen Gründen zu Störungen und Scbädigungen in der hereits gebildeten Linsenpartie oder auch zu Ernährungsstörungen in den Linsenfasern, welche durch die offene Kapselstelle hinauswuchern. Nachträglich kommt der Verschluss der Linsenkapsel doch noch zu stande. Danach sind die im Centrum der Linse gelegenen Fasern mebr oder minder stark verändert. Um diese haben sich normale Fasern angelegt. Jener Streifen veränderter Linsensubstanz wird infolge des Wachstums der Linse ansgezogen. Horstmann.

Eulenstein, Casuistische Beiträge zur Pyämiefrage. Zeitschr. f. Obrenheilk. XXX. S. 307.

E. berichtet über zwei Fälle von akuter eitriger Mittelohrentzündung, in deren Verlanfe es zu ausgesprochen pyämischen Erscbeinungen kam. Der erste Fall (14jähriger Knabe) starb, trotz ausgiebiger Ausräumung des mit Granulationen erfüllten Warzenfortsatzes. Bei der Obduktion fand sich im Sinus transversus ein wandständiger Thrombus, der an seinem centralen Ende teilweise eitrig zerfallen war. Der betreffenden Stelle des Sinus entsprecbend fand sich am Sulcus transvers. eine papierdünne Knochenschicht erweicht und von Eiter durchsetzt. Im zweiten Falle kam es zu vollständiger Heilung, obgleich noch 8 Tage nach der Anfmeisselung des Warzenfortsatzes die Temperatur ihren pyämischen Charakter beibehalten hatte.

Da sich bei der Operation die Aussenseite des freigelegten Sinus transversus in einer Ausdehnung von $1^1/_2$ cm entzündlich verdickt und mit höckerigen derben Granulationen bedeckt fand, so glaubt Verf., dass auch in diesem Falle die Pyämie auf einen wandständigen Thrombus im Sinus transversus zurückgeführt werden könne.

Beide Fälle sollen als Bestätigung der zuerst von Leutert geltend gemachten Ansicht dienen, dass gewisse Formen von otitischer Pyämie durch wandständige Hirnsinusthrombose bedingt werden. Schwabach.

Scheppegrell, The treatment of laryngeal tuberculosis with cupric interstitial cataphoresis with report of cases. The advantages of direct laryngoscopy in this method. Med. Record 1897, 29 May.

Verf. empfiehlt die Kataphorese zur Behandlung der Tuberc. laryng., und zwar mit Guajacol bei heftigen Schmerzen, sonst dagegen mit sphärischen Elektroden von reinem Kupfer $^1/_8$—$^1/_4$ Zoll im Durchmesser, welche weder Schmerz noch Reizung an der erkrankten Stelle erregen. Es ist von grosser Wichtigkeit, zu diesem Zweck absolut reines Kupfer zu gebrauchen und einen Rheostaten anzuwenden. Die Kupferelektrode wird mit dem positiven Pol verbunden, während die negative mit einer breiten Elektrode am Nacken aufgelegt wird. Es soll sich dabei Kupferchlorid bilden, das nicht so reizend wie Zinkchlorid ist. Man kann vor der Applikation einen Spray von 5proc. Cocaïnlösung auf den Kehlkopf anwenden; in verschiedenen Fällen war das bei der Wiederholung unnötig. Dieselbe muss einen Tag um den andern stattfinden, so lange, bis die erkrankten Teile normal werden. Die direkte Laryngoskopie erwies sich bei dieser Methode von grossem Nutzen. Drei Fälle, die den Nutzen der neuen Methode beweisen sollen, werden mitgeteilt. W. Lublinski.

Kronenberg, Schleimpolypen der Nase und Naseneiterungen. Therapeut. Monatsh. 1897, Mai u. Juni.

Nach den Beobachtungen des Verf.'s bestehen bei der Anwesenheit von Schleimpolypen in der Nase in der grossen Mehrzahl der Fälle Knochenerkrankungen und Nebenhöhleneiterungen, so dass die ersteren nicht ohne Behandlung der letzteren beseitigt werden können. W. Lublinski.

Dzierzgowski, Ueber den Gehalt an Antitoxin in den Körperflüssigkeiten und den einzelnen Organen der gegen Diphtherie immunisirten Pferde. Arch. f. experim. Pathol. 1897. XXXVIII. S. 186.

Um die Vorstellungen darüber, wo, woraus und wie im Tierkörper auf Injektion von Bakterientoxinen die spezifischen Antitoxine gebildet werden, zu klären, hat D. die verschiedensten Organsäfte auf ihren Gehalt an Antitoxin geprüft. Er fand den höchsten antitoxischen Wert im Blutserum und den serösen Flüssigkeiten, dem Inhalt Graaf'scher Follikel und dem serösen Muskelinfiltrate an der Injektionsstelle. Von den Organen enthielt am meisten Antitoxin die Niere. Den geringsten Gehalt an Antitoxin fand er

in den zelligen Elementen des Blutes. Auch nach diesen Feststellungen ist zur Zeit die Frage, wo die Antitoxinbildung vor sich geht, nicht klar zu beantworten, es kann das Antitoxin in allen Organen gebildet werden und in das Serum übergehen, oder das Serum ist der Ort der Antitoxinbildung nnd die Organe enthalten es nur deshalb, weil sie alle mit Blutserum durchtränkt sind. Auf Grund seiner Befunde jedoch, dass der durchtränkte Muskel an der Injektionsstelle und die Nieren den höchsten Antitoxingehalt von den Organen haben und dass das Antitoxin im Harn und Schweiss ausgeschieden wird, kommt D. zu dem Ergebnis, dass das injicirte Diphtherietoxin im Gewebe des Tierkörpers zu Antitoxin umgewandelt wird, dann in das Serum übergeht und allmählich durch die Nieren und mit dem Schweiss ausgeschieden wird. H. Bischoff.

F. Jolly, Ueber Pellotin als Schlafmittel. D. med. Wochenschrift 1896, No. 24.

Schon seit langer Zeit werden in Mexiko unter dem Namen „Pellote" Präparate von verschiedenen Kakteenarten als Betäubungsmittel verwendet; es veranlasste dies Lewin und Hefter zu genaueren Untersuchungen und letzterem gelang es, aus dem Anhalonium Williamsii ein Alkaloïd rein darzustellen, das er als „Pellotin" bezeichnete. Es ist krystallisch darstellbar, von bitterem Geschmack in Wasser sehr wenig löslich, während das salzsaure Salz sich leicht löst. Nach eingehenden Tierversuchen wurde das Mittel beim Menschen angewendet, und zwar sowohl subkutan, wie innerlich; nach Darreichung von 4—5—6 cg trat ziemlich regelmässig ruhiger, mehr oder minder lange anhaltender Schlaf auf, bei Einzelnen ohne üble Nachwirknng, bei Anderen mit nachfolgendem Kopfschmerz, Schwindel u. dergl.; auffallend war eine ziemlich häufig beobachtete Pulsverlangsamung. Bei Erregungszuständen mussten grössere Mengen bis zu 0,12 g gegeben werden.

Ein abschliessendes Urteil liess sich bei der verhältnismässig kleinen Zahl von Versuchen noch nicht gewinnen. K. Kronthal.

Wefers, Ein Fall von Antinervinvergiftung. D. med. Wochenschrift 1896, No. 24.

Ein 68jähriger, an Pneumonie erkrankter Mann erhielt gegen heftige Kopfschmerzen 0,5 g des Radlauer'schen Antinervins. Zwanzig Minuten nach Einnehmen des Mittels traten ziemlich bedrohliche Erscheinungen auf, Herzschwäche, Dyspnoe, Cyanose, vor allem starke Benommenheit und Sprachstörungen. Unter Darreichung von Excitantien gingen diese Symptome allmählich zurück. Es ist daher bei Anwendung des Mittels, das als völlig unschuldig in 10mal grösseren Dosen empfohlen wurde, Vorsicht nötig. K. Kronthal.

Busquet, De la récidive des oreillons. Revue de méd. 1896. p. 744.

Der allgemeinen Annahme, dass die epidemische Parotitis nicht recidivire, widerspricht Vf. auf Grund einiger Beobachtungen, in denen wieder-

holte Recidive in längeren oder kürzeren Abständen vorkamen. Im Blute der an Parotitis Erkrankten fand Verf. immer einen Diplococcus, der dem von Laveran, Catrin und Antony beschriebenen sehr ähnlich war. Der Speichel des Ductus Stenonianus enthielt einen Streptococcus analog dem von Barbier; in Bouillon kultivirt, bildete er lange Ketten, im Parotidensaft des Rindes und in flüssigem menschlichen Blutserum Diplococcen.

Verfasser meint, dass dieser Coccus ein normaler Bewohner der Mundhöhle sei; durch seine Ansiedelung im Ductus Stenonianus erzeuge er die Parotitis. Stadthagen.

L. Beco, Stomatite diphthéroide infantile. Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1896. S. 433.

In Uebereinstimmung mit Sevestre und Gaston trennt Vf. von der Stomatitis aphthosa eine Stomatitis diphtheroidea. Dieselbe hat folgende Eigentümlichkeiten:

1. Sie kommt nur bei Kindern zur Beobachtung. 2. Sie sitzt gewöhnlich auf der Schleimhautfläche der unteren Lippe, und zwar in deren Mitte, bisweilen auch an den Rändern und der Dorsalfläche der Zunge, selten am Zahnfleisch, niemals auf der Schleimhaut der Wange und des Gaumengewölbes. 3. Die Stomat. diphth. entsteht nicht wie die Aphthen aus Bläschen. 4. Ihre Dauer ist länger als die der Stomat. aphthosa, nämlich 8—14 Tage. 5. Sie hinterlässt oft Narben. 6. Sie ist oft mit Eczema impetiginosum des Gesichts oder mit chronischem Schnupfen vergesellschaftet. Die Krankheitserreger der Stom. diphth. sind verschiedene Mikroorganismen, am häufigsten begegnet man dem Staphylococcus aureus und dem Streptococcus pyogenes. Stadthagen.

R. Gersuny, Ueber ein Symptom bei Kottumoren. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 40.

G. beschreibt ein neues Symptom bei Kottumoren, welches er das „Klebesymptom" nennt. Dasselbe beruht darauf, dass bei starkem Druck auf einen solchen Tumor die denselben bedeckende Darmwandung an ersterem festklebt und sich beim Nachlassen des Druckes wieder von demselben abhebt. Diesen Vorgang kann man bei genauer Palpation deutlich fühlen. Am besten kann man sich das „Klebesymptom" versinnbildlichen, wenn man den Zeigefinger der einen Hand mit der etwas eingefetteten Volarseite in die Palma der anderen halbgeschlossenen Hand drückt und ihn dann wiederum langsam abhebt. Die Vorbedingungen für das Entstehen des „Klebesymptoms" bei Kottumoren sind einmal ein gewisser Grad von Trockenheit der Darmschleimhaut und ein gewisser Grad von Eindrückbarkeit der Oberfläche des Kottumors, ferner auch das Vorhandensein von Darmgasen, welch' letztere beim Druck auf den Tumor weggedrängt werden und beim Nachlassen des Druckes den Darm wieder aufblähen. Es folgen die Krankheitsgeschichten zweier Fälle, in denen das Klebesymptom deutlich in die Erscheinung trat. C. Rosenthal.

A. v. Weismayr, Insufficienz der Aortenklappen ohne Geräusch und Pseudo-Insufficienz. Zeitschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft.

Trotz der pathognomischen Symptome, durch die sich eine Aorteninsufficienz gewöhnlich charakterisirt, sind diagnotische Irrtümer möglich. Namentlich folgende Fälle sind zu berücksichtigen:

1. Diastolische Geräusche über der Auskultationsstelle der Aorta resp. in ihrer nächsten Umgebung bestehen ohne Insufficienz der Klappen. Diese Erscheinung kann gelegentlich einmal bei Stenose des Ostium venos. sin., bei Pericarditis oder Aneurysma gefunden werden, und erst, wenn alle diese und eine Insufficienz der Aortenklappen mit Sicherheit ausznschliessen sind, darf man an ein — enorm selten beobachtetes — accidentelles diastolisches Geräusch denken.

2. Trotzdem kein Geräusch wahrnehmbar ist, sind die Aortenklappen schlussunfähig. Sehr oft handelt es sich hierbei um eine zu geringe systolische Füllung der Aorta, wie sie im Verlaufe einer complicirenden Mitralinsufficienz oder Aortenstenose, ferner bei Blutungen oder anderen den Blutdruck herabsetzenden Momenten vorkommen kann; damit stimmt die Erfahrung überein, dass das Geräusch zuweilen in der Ruhe unhörbar ist, nach stärkeren Bewegungen aber (also bei gesteigertem Blutdruck) sich bemerkbar macht. Wo aber aus den Gefässerscheinungen (Pulsus celer, Capillarpuls, Tönen der Arterien etc.) auf einen hohen Blutdruck geschlossen werden kann, da scheint die Form der zwischen den Klappen bleibenden Oeffnung auf die Geräuschbildung von Einfluss zu sein, so zwar, dass das aus der Aorta regurgitirende Blut in seiner Strömungsrichtung abgelenkt und dem aus dem linken Vorhof kommenden mehr parallel gemacht wird; hierbei wird durch Verminderung der Collision der beiden Blutströme das Geräusch zum Verschwinden gebracht, so dass nur der 2. Pulmonalton zu hören ist.

3. Trotz der typischen Erscheinungen von Seiten der peripheren Arterien sind die Aortenklappen zart und schlussfähig (Pseudo-Insufficienz der Aortenklappen nach Litten); ein Geräusch über der Aorta ist nicht wahrnehmbar. In den vom Verfasser beobachteten Fällen war jedesmal eine starke Atherose der Aorta zu konstatiren. Vf. nimmt an, dass infolge der Starrheit der Aorta die durch die Herzkontraktionen hervorgerufenen Druckschwankungen nicht schon in der Aorta ausgeglichen werden können, sondern sich ausgiebiger in die peripheren Arterien, ja bis in die Präcapillaren fortsetzen müssen; ganz besonders deutlich tritt dieses Verhalten hervor, wenn im Anschluss an das Atherom der Aorta sich eine Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels ausgebildet hat. Eine sichere Differentialdiagnose zwischen Aorteninsufficienz ohne Geräusch und einer Pseudo-Insufficienz ist kaum möglich. Perl.

W. Königl, Ueber das Verhalten der Hirnnerven bei den cerebralen Kinderlähmungen nebst einigen Bemerkungen über die bei den letzteren zu beobachtenden Formen von Pseudobulbärparalyse. Zeitschr. f. klin. Med. 1896. XXX. (4/4.)

K. konnte 72 Fälle von cerebraler Kinderlähmung in der Idioten-An-

stalt zu Dalldorf in den letzten $3^1/_2$ Jahren untersuchen und in 17 Fällen den Obduktionsbefund erheben. Was die Beteiligung der Hirnnerven anbetrifft, so war in ca. 37 Fällen der Facialis oder der Hypoglossus, resp. beide an der Lähmung beteiligt; beide zusammen waren in 18 Fällen paretisch, der Facialis allein in 17 Fällen. Der Augen- und Stirnfacialis war dabei nur sehr selten beteiligt. Unter 35 Fällen von Facialisparese waren in 30 Fällen die mimischen und unwillkürlichen Bewegungen auch afficirt und wurde die Parese bei diesen ganz besonders deutlich. Diese mimische Störung scheint eher durch eine Rindenläsion als durch eine Thalamusaffektion bedingt zu sein, wie die Sektionsbefunde in mehreren Fällen es nahe legen. In 5 Fällen war der Facialis der gesunden Seite spastisch innervirt. Leichte Störungen wurden im Gebiete des motorischen Trigeminus in einigen Fällen beobachtet (Verschiebung des Unterkiefers, einseitige Kieferparese). Die Pupillen waren in 20 Fällen different bei normaler Reaktion. In 6 Fällen bestand ein- oder doppelseitige herabgesetzte resp. erloschene Lichtreaktion und auch Störungen der Konvergenz. In der Ascendenz dieser 6 Fälle ist Lues nur in 1—2 Fällen sicher vorhanden gewesen. In diesen Fällen war der makroskopische Befund ähnlich dem bei der Dementia paralytica Erwachsener (Verdickung der Pia und Verwachsung der Hirnrinde), während mikroskopisch die Fasern der Rinde und des centralen Höhlengraus gut erhalten waren. Die äusseren Aeste des Oculomotorius sind selten beteiligt; in 11 Fällen bestand einfache Insufficienz der Interni. Einfacher Strabismus divergens bestand in 3 Fällen, Strabismus convergens ohne deutlichen Bewegungsausfall bestand 1 mal, einseitige Abducensparese 3 mal, doppelseitige 5 mal. Nystagmus paralyticus war 3 mal, Intensionsnystagmus 1 mal vorhanden. Eine Opticusatrophie fand K. in 12 Fällen (16,5 pCt.) und darunter 2 Fälle von einseitiger Opticusatrophie; der Schädel war nur in 5 von diesen 12 Fällen nicht normal in seiner Bildungsform. In den 5 zur Sektion gekommenen Fällen von Opticusatrophie konnte ein Zusammenhang zwischen Sehnervenaffektion und der Gehirnerkrankung resp. dem Befunde nicht erwiesen werden. Häufiger setzte die Sehnervenentzündung erst extrauterin ein, als fötal. In 9 Fällen von cerebraler Hirnlähmung bestand Tachycardie und in 2 Fällen Exophthalmus und Struma (hereditär-kongenitaler Morbus Basedowii). — Infantile cerebrale Glossopharyngolabialparalyse (Oppenheim) konnte K. unter seinen Fällen nicht beobachten, doch führt er 2 Fälle aus der Litteratur an (Dreschfeld), die dieses Bild aufweisen, nämlich eine pseudobulbäre Form der centralen Kinderlähmung. Bulbäre Störungen, die sich dieser Krankheitsform nähern, scheinen jedoch bei der cerebralen Kinderlähmung nicht selten zu sein; so fand K. zwar selten Deglutitionsstörungen, doch häufig näselnde, verschwommene, scandirende, explosive, durch Schlaffheit der Gaumensegelmuskulatur, Spasmen der Gesichtsmuskeln u. s. w. bedingte Sprache. S. Kalischer.

A. v. Kornilow, Polymyositis primaria acuta. D. Zeitschr. f. Nervenhlk. 1896. IX. (1/2.)

Bei einem 31jährigen Manne traten im Verlaufe einer subakuten parenchymatösen Nephritis pleuritische und pericarditische Entzündungen

und späterhin starke Oedeme und fast komplete Lähmungen der unteren und oberen Extremitäten auf; spontane Schmerzen fehlten, doch war der Druck auf die Muskeln sehr empfindlich. Die elektrische Reaktion für den faradischen Strom fehlte in allen Muskeln der Extremitäten und die galvanische Erregbarkeit war erheblich herabgesetzt bei trägem Kontraktionstypus und Umkehr der Zuckungsformel im M. vastus internus, Biceps brach. Im Laufe der Krankheit trat eine Besserung in der Beweglichkeit der Endextremitäten und kleineren Gelenke ein (Finger, Zehen, Hände, Füsse); auch kehrte die faradische Erregbarkeit in einzelnen Muskeln wieder. Gegen Ende des Lebens gesellt sich zu den Lähmungen Muskelatrophie hinzu, und zwar an den an den grossen Gelenken inserirenden Muskeln (Rumpfansätzen) am ausgeprägtesten. Die Sehnenreflexe waren anfangs vorhanden, schwanden dann aber. Die Nervenstämme waren nur sehr wenig empfindlich, die Sensibilität blieb intakt. Die Temperatur war nur anfangs gesteigert. Der Kranke starb einen Monat nach Beginn der Muskelaffektion. Die Sektion erwies neben chronisch-parenchymatöser Nephritis und Pericarditis ein bei mikroskopischer wie makroskopischer Untersuchung normales centrales wie peripheres Nervensystem. Nur die Muskeln wiesen hochgradige Veränderungen auf in Gestalt einer sehr starken Myositis mit Veränderungen des Parenchyms (Vacuolisation, trübe Schwellung, Atrophie) und der Interstitien (kleinzellige Infiltration, Wucherung des Bindegewebes). Demnach handelt es sich um eine reine Form der Polymyositis. Eine Veränderung der peripheren Nerven oder der Hautdecken (Dermatomyositis) fehlte in diesem Falle gänzlich, ausser dem durch die Nephritis bedingten, nicht entzündlichen Oedem. Auch fehlte eine Muskelschwellung, Milzschwellung und höheres Fieber. Der Fall lehrt, dass die Entartungsreaktion auch bei rein lokaler Erkrankung des Muskels vorkommt, ohne jeden neurotischen Charakter der Muskelatrophie, und zwar in Form der typischen trägen Zuckung. Wie in anderen Fällen, waren auch hier die dem Rumpf näher liegenden Muskeln mehr betroffen, als die kleinen Hand- und Fussmuskeln. S. Kalischer.

G. Besold, Ueber zwei Fälle von Gehirntumor (Hämangiosarkom oder sogenanntes Peritheliom in der Gegend des dritten Ventrikels bei zwei Geschwistern. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. VIII. (1.)

Die beiden höchst merkwürdigen Fälle verliefen etwa folgendermassen: Zwei Schwestern erkrankten, nachdem sie bis dahin gesund gewesen waren — die eine im 16., die andere im 11. Lebensjahre — mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Schwäche in den Beinen. Unter den Zeichen der Stauungspapille und Atrophia nerv. opt. tritt rasch Erblindung und Pupillenstarre ein. Es treten Streck- resp. Beugekrämpfe meist tonischer Art auf, und zwar rechts stärker als links. Die Sensibilität bleibt erhalten. Die Intelligenz schwindet schnell bis zu völligem Stumpfsinn, die Sprache wird langsam und monoton. Der Geschmack zeigte keine Störungen, der Geruch verhielt sich in beiden Fällen verschieden, das Gehör nahm allmählich ab. Abgesehen von einer anhaltend hohen Pulsfrequenz, zeigten sich sonst keine Anomalien im Gebiete des Gehirnnerven. Die ältere Pat. war

$1^2/_3$ Jahre krank, die jüngere $2^2/_3$, einschliesslich einer Remission, welche zusammenfiel mit dem Auseinanderweichen der Schädelknochen unter dem Einfluss eines wachsenden Hydrocephalus.

Bei der Sektion fand sich beide Male neben kolossalem Hydrocephalus, welcher zur Degeneration der obengenannten Hirnnerven geführt hatte, ein Tumor von seltenem histologischem Aufbau: Die Neubildung bestand meist aus Gefässen und grossen epithelioiden Zellen, war also ein Endotheliom und schien entweder vom Ependym des 3. Ventrikels oder von der Gefässscheide irgend eines Hirngefässes ausgegangen zu sein.

Der Verf. weist auf die interessanten Streiflichter hin, welche solche Fälle auf die Cohnheim'sche Geschwulsttheorie werfen. Mehrere Abbildungen illustriren die Abhandlung. M. Brasch.

P. Jacques, Note sur l'innervation de la dure-mère cérébro-spinale chez les mammifères. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. 1895. Novembre-Décembre.

Der Verf. ging bei seinen Versuchen von der vitalen Methylenblau-Methode Ehrlich's aus, modificirte aber dann das Verfahren, worüber im Original das Nähere nachzulesen ist. Die Nerven der cerebralen und spinalen Dura sind teils sympathischen, teils cerebrospinalen Ursprungs. Beide Arten mischen sich untereinander, und zwar in ganz verschiedenartigem Verhältnis, die sympathischen Fasern sind im Allgemeinen die zahlreicheren. In der Dura ist die Verteilung derartig, dass erstens eine Verzweigung nahe der arachnoidalen Oberfläche (unter dem Endothel) und sodann eine an der ossalen Oberfläche (hier meist im Verlauf der Arterien) stattfindet. In Bezug auf die Endigungen der sehr zahlreichen, plexusartig verlaufenden Nerven lässt der Verf. nur die freie Art der Endigung zu, indem er die Angaben anderer Autoren für Kunstprodukte oder Fehler in der Beobachtung erklärt. Besonders die feine Aufreiserung Remak'scher Fasern zu Arborisationen, deren Zweige bisweilen mit einander zu anastomosiren scheinen, (?) hat zur Beschreibung der réseaux terminaux (Iwanoff) Anlass gegeben. Ganglienzellen existiren nach J.'s Ansicht in dem Duralgewebe sicher nicht. Die grossen Zellen, welche einige Autoren dafür hielten, spricht der Verf. als Myeloplaxen an. Ihre Funktion erklärt sich aus der periostalen Natur, welche der Dura zukommt. M. Brasch.

G. Linossier et M. Lannois, Sur l'absorption cutanée de l'iode, de l'iodoforme et de l'iodure d'éthyle. Bullet. génér. de thérapeut. 1897, No. 9.

Nach den von den Verff. angestellten Versuchen findet nach Aufpinselung von Jodtinktur auf die Haut eine Absorption von Jod statt, und zwar in äusserst geringer Menge, wenn die bepinselte Partie unbedeckt gelassen, in erheblicherer, wenn sie luftdicht abgeschlossen wird. Die durch die Jodtinktur hervorgerufene Veränderung der Epidermis scheint, falls sie nicht bis zur Zerstörung der Hornschicht geht, die Absorption eher zu erschweren als zu befördern. Selbst unter den günstigsten Umständen aber ist die Aufnahme von Jod auf diesem Wege eine zu unregelmässige, als dass man

ihn zu einer Allgemeinbehandlung benutzen könnte. Dagegen kann zu diesem Zwecke allenfalls das Jodäthyl verwendet werden, das, wie auch das Jodoform, in ziemlich bedeutender Menge von der gesunden Haut aufgenommen wird. H. Müller.

P. Ziegler, Ueber Alopecia congenita. (Aus der Münchner chir. Klinik.) Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXIX. S. 213.

Die Patientin, ein 17jähr. Mädchen, war ganz normal entwickelt, aber völlig haarlos zur Welt gekommen. Erst seit dem Beginn der Menstruation im 13. Lebensjahre hatte sich alle 4 Wochen am Hinterhaupte ein kleines Büschel schwarzer Haare gebildet, das aber nach wenigen Tagen mit dem Aufhören der Periode wieder verschwand. Seit derselben Zeit war auch ein leichter Flaum an den Wangen aufgetreten und später zeigten sich einige wenige Haare an den Augenbrauen und Lidern, wozu sich vor kurzem noch ein leichter Anflug von Wollhaaren an beiden Vorderarmen gesellte. Zähne und Nägel weisen keine Besonderheiten auf. Die Untersuchung eines aus der Kopfschwarte excidirten Hautstückchens zeigte normal entwickelte Talgdrüsen, Arrectores pilorum und Schweissdrüsen, dagegen völliges Fehlen von Haaren und Haarpapillen. In der Nähe der Talgdrüsen, und zwar meist an deren Basis, fanden sich vereinzelte gewundene, nach oben geschlossene Epithelschläuche, deren weites Lumen zum Teil von Epitheldetritus erfüllt war und deren Wandung von 4—6 Zellschichten gebildet wurde, deren äussere aus cylindrischen, neben den Kernen Eleidinkörner aufweisenden, deren innere aus abgeplatteten, polygonalen, meist kernlosen Zellen bestanden. Allem Anscheine nach sind diese Schläuche als Reste der äusseren Haarwurzelscheide aufzufassen. H. Müller.

A. Sack, Ueber die Multiplicität des syphilitischen Primäraffektes. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 20.

Ein junger Mann inficirte sich beim Coitus syphilitisch, während er an einer Scabies litt, die zu zahlreichen Kratzeffekten an den Genitalien geführt hatte. Es entwickelten sich aus solchen nicht weniger als 15 Sklerosen an der Glans, dem Präputium, der Haut des Penis und Scrotum, doch entstanden diese nicht alle gleichzeitig, vielmehr lag zwischen dem Auftreten der ersten und der letzten ein Zeitraum von 3 Wochen, so dass wohl anzunehmen ist, es sei ein Teil der Primäraffekte durch Autoinoculation hervorgerufen worden. H. Müller.

Dührssen, Ueber die Behandlung des Uteruscarcinoms mit Extractum herbarum Chelidonii majoris, nebst Bemerkungen über das sog. Heilsystem Glünike. D. med. Wochenschr. 1896, No. 49.

Vf. verwirft die Behandlungsmethode von Denissenko mit Extractum Chelidonii bei inoperablem Scheidengebärmutterkrebs und stellt dieses Heilmittel auf gleiche Stufe, wie das Krebsserum von Emmerich und Scholl. Auf Verlangen der Angehörigen wendete er Extractum Chelidonii bei einer Pat. an, erhielt aber ein durchaus negatives Resultat. Als einzig sicheres Mittel gegen Carcinoma hält er das Messer des Chirurgen. — In scharfer

Weise wendet sich Vf. dann gegen das schwindelhafte Heilsystem Glünike, der vorgiebt, mit seinen Kräuterabkochungen das Carcinom zu beseitigen, ohne überhaupt einen Krebs diagnosticiren zu können. Vf. berichtet noch über den Erfolg der chirurgischen Operation bei Carcinom einer solchen Person, die vergeblich von Glünike behandelt worden war.

A. Martin.

Ahlfeld, Die Bedeutung der äusseren Untersuchung der Gebärenden gegenüber der inneren. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 44.

Veranlasst durch die jetzt sehr thätige Agitation für die Zurückdrängung der inneren Untersuchung intra partum, stellt Verfasser in sehr eingehender Weise die Mängel dar, die eine äussere Untersuchung allein intra partum bringen kann und kommt zu dem Schluss, dass nicht grössere Verwendung der äusseren Untersuchung und Zurückdrängen der inneren, Untersuchung der Gebärenden von Nutzen sei. Die äussere Untersuchung, bemerkt Verf., lasse nur einen kleinen Teil der für Mutter und Kind verhängnisvollen Geburtsanomalien erkennen und der gewissenhafte Arzt müsse eine innere Untersuchung vornehmen; denn ohne innere Untersuchung keine Fortbildung in der Erkenntnis der normalen und anormalen Geburtsvorgänge.

A. Martin.

---

1) **E. Winterhalter,** Ein sympathisches Ganglion im menschlichen Ovarium. Arch. f. Gynäk. LI. (1.) S. 49.

2) **v. Herff,** Giebt es ein sympathisches Ganglion im menschlichen Ovarium? Ebenda. (2.) S. 374.

1) Die Verfasserin hat unter Edinger's Leitung die Nerven des menschlichen Ovariums an Golgi'schen Schnitten studirt. Sie fand die Ovarialgefässe von perivasculären Geflechten umgeben. In der Zona vasculosa liegt ein Ganglion, bestehend aus Zellen vom Charakter der sympathischen Ganglienzellen; deren Fortsätze schlingen sich grösstenteils in zahlreichen Windungen um die Gefässe. Bis in die Follikelschicht liessen sich die Fortsätze nicht verfolgen. Verf. vermutet in diesem Nervenplexus das Centrum der Reizvermittlung für die Menstruation.

2) v. Herff hat früher in der Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1892 schon den feineren Verlauf der Eierstocksnerven bearbeitet. Er bezweifelt die von Winterhalter beschriebenen Gebilde und hält sie teilweise für Silberniederschläge, teils für nicht nervöser Natur (Nervenstützzellen). Bei der Golgi'schen Methode ist man vielen Fehlerquellen ausgesetzt. Das äussere Ansehen einer „Ganglienzelle" ist noch nicht massgebend. Es bedarf des Kernnachweises, der bisher weder ihm noch Winterhalter geglückt ist. Nach v. H. ist das Vorhandensein von Ganglienzellen im Eierstock noch nicht sicher dargelegt, so sehr wahrscheinlich ihr Vorkommen im Hilus ist. Ein „Ganglion sympathicum" im gebräuchlichen Wortsinn ist im Eierstock nicht vorhanden.

P. Strassmann (Berlin).

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 18. September. No. 38.

Inhalt: Capaldi, Bestimmung der Kynurensäure. — Salkowski, Zur Kenntnis des Oxydationsferments. — Rost, Verhalten von Tannin und Tanninpräparaten im Organismus. — Dunin und Nowaczek, Harnsäure-Ausscheidung bei Pneumonie. — Morro und Gübelein, Ueber das Resorptionsvermögen der Harnblase. — Hansemann, Fettinfiltration der Nierenepithelien. — Jonnesco, Ueber Milzexstirpation. — Wahrmann, Die Struma intra-thoracica. — Poller, Behandlung der Wirbelsäulenbrüche. — Korff, Careinombehandlung mit Streptococcus prodigiosus. — Morf, Die Krankheiten des Ohrs bei Morbus Brightii. — Réthi, Schwingung der Stimmbänder beim Gesang. — Raugé, Fall von Laryngocele ventricularis. — Mikulicz, Verbesserung der aseptischen Wundbehandlung. Kersch, Ueber die gebräuchlichen Chininsalze. — Laser, Ueber die Häufigkeit von tuberkulösen Halsdrüsen. — Zinn und Jacoby, Ueber die Darmparasiten der Neger. — Bordier, Wirkung des galvanischen Stromes auf die sensiblen Hautnerven. — Alelekoff, Das blaue Oedem. — v. Lenowa, Veränderungen der optischen Centren bei Anophthalmie. — Thiersch, Fall von Raynaud'scher Krankheit. — d'Arcy Power, Behandlung des Hydrocephalus bei Kindern. — Beach, Operative Entfernung dreier Wirbelbogen bei Caries. — Warlsch, Multiple infektiöse Hautgangrän. — Benzler, Sterilität nach Hodenentzündung. — Bukovsky, Schischa, Therapie der Bubonen. — Ehrmann, Fall von Joderythem. — Jundell, Reinzüchtung des Gonococcus.

A. Capaldi, Ein Verfahren zur quantitativen Bestimmung der Kynurensäure. Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S. 92.

Der Harn wird mit dem halben Volumen einer 10proc. Chlorbarynmlösung, welche 5 pCt. concentrirtes Ammoniak enthält, vermischt, das Filtrat bis anf $^1/_3$ der benutzten Harnmenge eingedampft und mit 4proc. concentrirter Salzsäure versetzt. Der Niederschlag wird nach 16—24 Stunden abfiltrirt, mit 1proc. Salzsäure ausgewaschen, in ein Becherglas gespritzt und in Ammoniak gelöst. Die Lösung wird auf dem Wasserbad bis zum Verschwinden des freien Ammoniaks erwärmt, filtrirt und wieder mit 4proc. concentrirter Salzsäure versetzt. Der entstandene weisse Niederschlag wird nach etwa 6 Stunden durch ein gewogenes Filter filtrirt, mit 1proc. Salzsäure und 2mal mit Wasser gewaschen, bei 100° getrocknet und gewogen. Die Kynurensäure wird rein erhalten und nach Kontrollversuchen mit ausreichender quantitativer Genauigkeit. E. Salkowski.

E. Salkowski, Zur Kenntnis des Oxydationsfermentes der Gewebe. Virchow's Arch. Bd. 147. S. 1.

SALKOWSKI teilt teils von ihm selbst, teils von Dr. YAMAGIVA in seinem Laboratorium ausgeführte Untersuchungen über die oxydirende Kraft der Gewebe und Gewebsanszüge mit. In der historischen Einleitung weist S. darauf hin, dass seine frühere Angabe, dass auch das Blut oxydirende Fähigkeiten habe, entgegen JAQUET, von ABELOUS und BIARNÈS bestätigt sei; es handelt sich nur darum, das Blut mit genügenden Sauerstoffmengen in Berührung zu bringen.

Verf.'s Versuche sollten vor allem über die quantitativen Verhältnisse des Oxydationsfermentes in verschiedenen Geweben Aufschluss geben. Als Maass der Oxydationskraft diente zunächst die Bildung von Salycilsäure aus Salicylaldehyd. Ueber die Einrichtung der Versuche, über die Cautelen, die zu befolgen sind, sei auf das Orig. verwiesen. In Bestätigung der Angaben von JAQUET fand sich, dass die oxydirende Potenz nicht an die lebendige Zelle gebunden sei, dass sie durch Siedehitze und durch längere Berührung mit Alkohol zerstört werde.

Die stärksten oxydativen Wirkungen gingen von Leber und Milz aus, geringere von der Niere, sehr geringe von Pankreas und Muskelgewebe; im Durchschnitt lieferten 100 g Organgewebe 138 mg Salicylsäure aus Salicylaldehyd, wenn Leber benutzt war, 110 mg bei Milz, 22 mg bei Niere, 2,8 mg bei Pankreas, 1,4 mg bei Muskeln.

Die Frage, ob dem Oxydationsferment während des Lebens eine Bedeutung zukommt, suchte S. dadurch zu entscheiden, dass er eine Substanz, die im lebenden Organismus entsteht und dort oxydirt wird, der Wirkung des Fermentes unterwarf. Er benutzte Hydrozimmtsäure und stellte die Menge der aus ihr sich bildenden Benzoësäure fest. Für die getrennte Bestimmung beider giebt er eine neue Methode, die auf der verschiedenen Löslichkeit des benzoësauren und hydrozimmtsauren Zinks in Wasser beruht. In drei Versuchen fand sich keine Umwandlung in Benzoësäure, dagegen als Fäulnisprodukt in zweien etwas Bernsteinsäure. Danach wirkt das Oxydationsferment bis jetzt nur auf solche Körper der aromatischen Reihe, die physiologisch im Organismus nicht vorkommen (Benzol, Benzylalkohol, Salicylaldehyd). A. Loewy.

E. Rost, Ueber die Ausscheidung der Gerbsäure und einiger Gerbsäurepräparate (Tannigen und Tannalbin) aus dem tierischen Organismus. (Teilweise nach Untersuchungen des Herrn Dr. H. SPICKENBOOM.) Arch. f. exp. Pathol. Bd. 38. S. 346.

Die Angaben darüber, ob Gerbsäure unverändert durch Harn oder Kot ausgeschieden wird, oder ob sie Zersetzungen im Körper erleidet, sind geteilt. ROST teilt deshalb neue Versuche über die Schicksale des Tannins und des Tannin enthaltenden Tannigens und Tannalbins mit.

Nach einigen chemischen Vorbemerkungen über die Reaktion des Tannins, Tannigens und der Gallussäure folgt eine genaue Beschreibung des Nachweises derselben in Harn und Kot, die entweder direkt oder nach Extraktion des Kotes mit Alkohol, des Harns mit Essigäther geschah. Als

Reagens dienten die Farbreaktionen auf Eisenchlorid (schwarz-blaue Färbung) Jodjodkaliumlösung + Ammoniak (carmoisinrote Färbung) und die Fällungen durch globulinfreies Eiweiss und Leim. Gallussäure wurde durch Carpeni's Reagens nachgewiesen.

Verf. kam zu folgenden Resultaten:

1. Die Gerbsäure per os, per rectum, intravenös oder subkutan, frei oder als Alkalitannat dem tierischen Organismus einverleibt, geht bei keinem der angewandten Versuchstiere (Hund, Katze, Kaninchen, Taube) in den Harn über, sondern erscheint als Gallussäure und wahrscheinlich in Form anderer noch unbekannter Umwandlungsprodukte der Gerbsäure. Auch die Tanninderivate Tannigen und Tannalbin erleiden dieselben Schicksale.

2. Die Gerbsäure tritt, innerlich gegeben, auch in den Fäces nur in ihren Umwandlungsprodukten auf. Dagegen wird das Tannigen bei Katzen teilweise unverändert, beim Menschen zum Teil als Gerbsäure in dem Kot ausgeschieden, während das Tannalbin in den Fäces von Katzen als solches oder als Gerbsäure gefunden worden ist.

3. Eine adstringirende Fernwirkung des Tannins und seiner Derivate, ebenso eine Herabsetzung der Harnsekretion nach Tannineingabe muss in Abrede gestellt werden. A. Loewy.

Th. Dunin und **St. Nowaczek**, Ueber Harnsäure-Ausscheidung bei croupöser Pneumonie. Zeitschr. f. klin. Med. XXXII. S. 1.

Den vorhandenen Untersuchungen, die zur Prüfung der Horbaczewski'schen Theorie von dem Zusammenhange zwischen Leukocytenzerfall und Steigerung der Harnsäure-Ausscheidung angestellt sind, fügen Verff. neue an, in denen bei fibrinöser Pneumonie die tägliche Harnsäure-Ausscheidung bis in die Rekonvalescenz hinein bestimmt wurde. Wenn die Horbaczewski'sche Theorie richtig ist, so müsste zur Zeit der Resorption des Exsudates, d. h. kurz vor und noch mehrere Tage nach der Krisis die Harnsäure-Ausscheidung gesteigert sein.

Bestimmt wurde die Harnsäure nach Haykraft's Methode, deren Ergebnisse die Verff. auf Grund von Kontrollversuchen für genau halten. Zur Untersuchung kamen fünf Kranke. Bei allen nahm die Harnsäuremenge schon 1 Tag vor der Krisis zu, stieg nach der Krisis weiter erheblich an bis zum Vierfachen der in den ersten Krankheitstagen ausgeschiedenen (bis 1,7 g pro die). Die Mehrausscheidung hielt 2—4 Tage an, nahm dann ab, um 7—8 Tage nach der Krisis die Norm zu erreichen. A. Loewy.

W. Morro und **Gübelein**, Ueber das Resorptionsvermögen der Harnblase. Zeitschr. f. klin. Med. XXXII. S. 12.

Nach einer ausführlichen litterarischen Uebersicht berichten Vff. über Versuche, durch welche die Resorbirbarkeit einer Reihe praktisch in Betracht kommender Stoffe von Seiten der Harnblasenwandung festgestellt werden sollte. Es handelt sich um Traubenzucker, Kochsalz, Harnstoff, Alkohol, Borsäure, Kali chloricum, Carbolsäure, Cocaïn, Chinin, Morphium. Die Versuche wurden an Hunden derart ausgeführt, dass nach Laparotomie

die Ureteren unterbunden, die Blase durch Katheter entleert und ausgespült wurde und dann nach Schluss der Bauchwunde wässerige Lösungen der genannten Stoffe durch den Katheter in die Blase gespritzt wurden. Nach kürzerer oder längerer Zeit wurden die Hunde getötet, die Blase entleert und das Volum und die Zusammensetzung ihres Inhaltes ermittelt.

Nicht resorbirt wurde allein das Morphin, von den übrigen Stoffen mehr oder minder erhebliche Anteile; so von chlorsaurem Kali in 5proc. Lösung 17—20 pCt. in ca. 3 Stunden, von einer 1proc. Phenollösung in 2 Stunden 70 pCt., in 3 Stunden 77 pCt., in 14 Stunden alles. Der während des Versuches aus den Ureteren aufgefangene Harn zeigte dementsprechend eine gewaltige Zunahme der Aetherschwefelsäuren, ein fast vollkommenes Verschwinden der präformirten. Von Cocaïn in 1proc. Lösung wurden in 3—5 Stunden 23—39 pCt. resorbirt, von Chinin etwas mehr. Je mehr aus der Harnblase von der gelösten Substanz resorbirt, um so mehr tritt Wasser in die Blase über, so dass das Volum der injicirten Flüssigkeit wächst; zugleich tritt Chlornatrium mit über.

Praktisch bedeutsam ist besonders die Thatsache der leichten Resorbirbarkeit von Cocaïn und Carbolsäure. A. Loewy.

D. Hansemann, Ueber die Fettinfiltration der Nierenepithelien. Virchow's Archiv. Bd. 148. S. 355.

Die fettigen Zustände in den Nieren werden von den meisten Autoren als eine Fettmetamorphose aufgefasst. Verf. konnte nun bei einem dreijährigen Kinde, das nach 14tägiger Krankheit an akuter gelber Leberatrophie gestorben war und dessen Urin auf eine Alteration der Nieren nicht hätte schliessen lassen, eine ungewöhnlich starke Fettinfiltration sämmtlicher Epithelien der Tubuli contorti, der Schaltstücke, der Henle'schen Schleifen und in geringerem Grade auch der Kanälchen der Marksubstanz nachweisen. Nach Extraktion des vorwiegend an der Basis der Zellen angehäuften Fettes ergaben sich völlig normale mikroskopische Bilder. Bei weiterer Forschung fanden sich nun eine ganze Reihe von Fällen mit diesem charakteristischen Nierenbefund ohne das klinische Bild einer Nephritis. Der Unterschied zwischen dieser Fettanhäufung und der diffusen Nephritis liegt makroskopisch in dem Fehlen der Succulenz und der Rötung der Papillen im ersteren Fall. Fast regelmässig findet sich diese Fettanhäufung bei dem Diabetes mellitus, auch in solchen Fällen, die bis zum Ende ohne Albuminurie verlaufen; ferner bei der sich als Stoffwechselerkrankung dokumentirenden ausgesprochenen Polysarcie. Zum Vergleich mit letzterer Krankheit untersuchte Verf. künstlich gemästetes Schlachtvieh und fand bei Schweinen der Polysarcie völlig analoge Verhältnisse der Nieren. Dieses Erscheinen von Fett in den Nierenepithelien bei Diabetes und Polysarcie ist auf eine progressive Ernährungstörung zu beziehen.

Auch bei einigen Vergiftungsfällen mit Phosphor, Arsenik und Sublimat findet sich bisweilen Fettinfiltration der Nieren, wenn auch eine wirkliche Nephritis mit Fettmetamorphose die Regel ist. Endlich sah Verf. dieselbe Erscheinung bei 10 Fällen der verschiedensten Art, darunter bei einem

anscheinend völlig gesunden Mann mit Trauma des Schädeldaches. Bei Tieren giebt es zweifellos eine physiologische Fettinfiltration der Nieren, so bei Katzen und Hunden. Auch beim Menschen kommt dieselbe vor; eine ausgedehntere Fettinfiltration gehört jedoch zu den pathologischen Prozessen. Sie zeigt oft Albuminurie und kann sich sogar zu einer wirklichen Nephritis steigern. M. Rothmann.

Th. Jonnesco, De la splénectomie. Progrès méd. 1897, Mars 20.

Verf. teilt die Krankengeschichten zweier Patienten mit, bei denen ein grosser, im Gefolge von Malaria entstandener Milztumor mit Erfolg exstirpirt wurde. Ausser bei Leukämie, bei zu ausgedehnten Verwachsungen mit der Umgebung und bei zu vorgeschrittener Cachexie ist die Splenectomie bei allen Fällen von Malaria-Milz indicirt, wenn die inneren Behandlungsmethoden versagt haben. Die Operation muss unter Vermeidung jeder Blutung ausgeführt werden; Unterbindung und Durchschneidung der Wurzel darf erst nach Herausstülpen der Milz aus der Bauchhöhle stattfinden. Die Prognose der Splenectomie ist eine verhältnismässig gute; bei der Nachbehandlung empfiehlt es sich, Injektionen von Milzsaft anzuwenden, von denen Verf. vorzügliche Resultate gesehen haben will. Der Malaria-Urin, der während der Anfälle gesteigerte Giftigkeit, in der Zwischenzeit die des normalen Urins besitzt, wird nach der Splenectomie hypotoxisch. Nach der Milzexstirpation steigt die Zahl der roten Blutkörperchen; die Verhältniszahl derselben zu den Leukocyten sinkt bis zu normalen Zahlen. Verf. hat weiterhin noch 5mal die Splenectomie ausgeführt, 4mal bei Milztumoren nach Malaria, mit 3 Heilungen und einem Exitus am 7. Tage und einmal bei einem vereiterten Milzechinococcus mit Heilung. M. Rothmann.

F. Wahrmann, Die Struma intrathoracica. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. XLIII. S. 1.

Monographische Darstellung auf Grund einer Casuistik von 91 Fällen (incl. zwei noch nicht veröffentlichter von Kaufmann in Zürich) darunter 75 gutartige und 16 bösartige Strumen betreffend, mit einem Litteraturverzeichnis von 62 Nummern. More consueto können hier nur die wichtigsten der allgemein wichtigen Punkte berücksichtigt werden.

I. Aetiologie. Die Mehrzahl der Fälle von Struma intra-thoracica kommt in dem Alter von 40—50 Jahren zur Beobachtung, doch traten die mit dem Isthmus zusammenhängenden Formen bei Männern viel früher als bei Frauen in Erscheinung. Frauen und Männer sind im Ganzen ziemlich gleich beteiligt. Die Frequenz der Str. intra-thor. wird auf 33 : 380 gleich 8,6 pCt. berechnet.

II. Pathologische Anatomie. In gleicher Häufigkeit bildet einer der Seitenlappen und der Isthmus den Ausgang der Gefahr, und zwar durch Vermittelung wahren Schilddrüsengewebes. Accessorische Nebenkröpfe sah man 5mal. Nur bei 7 Patt. (15 pCt.) existirte keine äussere Kropfgeschwulst mit der Struma intra-thoracica. Im Allgemeinen bevorzugen die vom Isthmus ausgehenden Geschwülste die mediane, die von den Seitenlappen entspringenden die laterale Lage. Die Geschwulst selbst

wird als ei- bis mannsfaustgross beschrieben, 2mal füllte sie indessen die eine Brusthälfte ganz aus; gelegentlich wird angegeben, dass das eine Schilddrüsenhorn bis zum Diaphragma reichte, 2mal ausserdem eine Ausdehnung vom 3. Trachealring bis zum linken Bronchus. Als besondere Gestaltung findet sich je 1mal die Form einer Feldflasche, resp. die des Zwerchsackes erwähnt. Abgesehen von einer Verdrängung, erfolgt oft auch eine Abplattung der Luftröhre; 2mal war der Bronchus komprimirt, darunter 1mal mit Bronchectasie. Als Lungenveränderungen werden viermal Emphysem, ebenso oft Beeinträchtigung der Speiseröhre hervorgehoben. Spärlich sind die Bemerkungen über den Zustand der grossen Gefässe, Verlagerung des Herzens wird 2mal, Hypertrophie 4mal angeführt. Von den Nervenstämmen wird der Sympathicus 3mal als komprimirt, der linke Recurrens als verdrängt und verfettet 1mal, der N. phrenicus als verdrängt und der N. vagus 3mal als komprimirt bezeichnet. Einige Male bestanden mehr als eine Struma intra-thoracica, 3mal entsprangen sie von den Seitenlappen, 2mal vom Isthmus und dem einen Seitenlappen. Die Genese der einzelnen Vorkommnisse der in die obere Brustapertur hineinreichenden Struma ist überhaupt verschieden.

III. In der Symptomatologie werden der Reihe nach die Atembeschwerden aufgeführt, welche sowohl in den keine äussere Geschwulst, wie in den eine solche bildenden Fällen die Situation beherrschten und einige Male zu bedenklichen Erscheinungen Anlass gaben, einmal unter Jodtherapie schwanden, das andere Mal zu operativen Eingriffen führten. Cirkulationsbeschwerden sind 19mal, Nervenstörungen 7mal (5mal als Recurrenslähmung) konstatirt, doch ist im Ganzen den Frequenzziffern der einzelnen Symptome kein Wert zuzusprechen. Tod durch Erstickung trat 11mal ein, von 61 Fällen mit Geschwulstbildung am Halse starben überhaupt 17, darunter 2 von der Struma unabhängig.

IV. Als für die Diagnose wichtig betont Vf. die hochgradige Tracheostenose, Tiefstand des Kehlkopfes, Mangel der rechtsseitigen Strumahälfte in der Höhe des Kehlkopfes, Nachweis eines für Struma sprechenden Tumors im Jugulum, in einigen Fällen direkte Palpation des intra-thoracischen Tumors (namentlich beim Schlingakt), in anderen Fällen (etwa 10 an Zahl) positive Perkussionsergebnisse. Allerdings ist der diagnostische Wert aller dieser Symptome, wie schon WÖLFLER betont, sehr verschieden; charakteristisch ist kein einziges, auch nicht zum Teil vorübergehende klinische Erscheinungen am Puls, an den Halsvenen u. dgl. Aus der Kritik des Verf.'s der einzelnen Erscheinungen ergiebt sich die Möglichkeit eigenartiger Fehldiagnosen. Thatsächlich wurden 2mal Hirnaffektionen, 1mal ein Aortenaneurysma, je 1mal eine Neubildung der Bronchien resp. Peri- und Myocarditis angenommen. Verwechslungen mit Mediastinaltumoren sind sehr wohl möglich. Einige Male wurde überhaupt keine bestimmte Diagnose gestellt.

V. Für die Prognose sind nur 50 unter 75 gutartigen Fällen zu verwenden; 15 symptomatisch behandelte Fälle starben sämmtlich; mit äusserlicher und lokaler Jodotherapie heilten von 5 Fällen 4 († 1). Einfache Punktion führte in 3 Fällen nur 1mal zur Heilung; die symptomatische Tracheotomie, 3mal ausgeführt, rettete nur 1mal den Patienten. Von

27 Exstirpationen verliefen 6 tödlich (22,2 pCt.), darunter von 4 mit vorheriger Tracheotomie 1 und von 23 ohne diese 5, doch stand nur bei 1 die Todesursache (Nachblutung) in Beziehung zur Operation. Uncomplicirte Fälle bei Personen in jugendlich-kräftigem Alter haben eine gute Vorhersage.

VI. Die Therapie hat in allen nicht dringenden Fällen in der Jodotherapie zu bestehen, sonst in der Exstirpation, deren Einzelheiten genau beschrieben werden. Erstickungsgefahr rechtfertigt die Tracheotomie.

Ein kurzes Schlusskapitel über die bösartige Struma intra-thoracica, von der nur 16 Fälle gesammelt werden konnten, schliesst die lesenswerte Arbeit. P. Güterbock.

L. Poller, Ueber Wirbelsäulenbrüche und deren Behandlung. Arch. f. klin. Chir. 1897. LIV. (2.)

Im Knappschaftslazareth zu Neunkirchen wurden vom Jahre 1892 bis 1897 32 Fälle von Wirbelbrüchen behandelt. In 13 Fällen fehlten Symptome von Seiten des Rückenmarks, oder sie waren nur gering; von diesen 13 wurden 6 völlig geheilt, 7 blieben in geringem Grade in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt. In 19 Fällen waren Symptome einer Querläsion des Rückenmarks vorhanden; von ihnen starben 13 an den Folgen der Verletzung, 6 gingen in vollständige oder fast vollkommene Heilung über. P. empfiehlt zur Behandlung der Wirbelfrakturen das Rédressement forcé. In Narkose werden die Fragmente durch direkten Druck bei gleichzeitiger Extension am Kopf und Contraextension an den Beinen reponirt; dann wird an die Glisson'sche Schwebe ein 4—8pfündiges Gewicht angehängt und das Kopfende des Bettes um 15—20 cm erhöht.

Zur Nachbehandlung wird die Suspension im Layre'schen Apparat und Anlegung eines Magnesia-Waasserglasverbandes empfohlen.

Die blutige Operation soll in frischen Fällen nur dann vorgenommen werden, wenn eine Bogenfraktur sicher diagnosticirt ist. Borchardt.

B. Korff, Ueber Carcinombehandlung mit Streptococcus prodigiosus-Kulturen mit negativem Resultat. Wien. med. Wochenschr. 1897, No. 12.

K. behandelte ein Carcinom-Recidiv der Mamma nach Coley's Vorschrift mit Streptococcus prodigiosus-Kulturen. Die einzige lokale Reaktion, die K. beobachtete, war ein rascherer Zerfall der schon ergriffenen Gewebspartieen; im Uebrigen schritt die Geschwulstbildung stetig fort, obwohl die Patientin prompt auf die Einspritzungen mit Schüttelfrost, geringem Fieber und Erbrechen reagirte. M. Borchardt.

Morf, Die Krankheiten des Ohres beim akuten und chronischen Morbus Brightii. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXX. S. 313.

Auf Grund dreier eigener und 22 in der Litteratur vorliegender Beobachtungen giebt Verf. ein, „wenn auch noch lückenhaftes" Bild von den Erkrankungen des Ohres bei akutem und chronischem Morbus Brightii. Dieselben kommen, so weit sie das Mittelohr betreffen, in der Form von

entzündlichen, entzündlich-hämorrhagischen und rein hämorrhagischen Affektionen vor. Pathologisch-anatomisch sind nach Verf. charakteristisch für diese Affektionen eine deutlich ausgesprochene Hyperplasie der Submucosa des Mittelohrs und die Anämie der Paukenhöhlenschleimhaut. Bei den eitrigen Prozessen falle eine aussergewöhnliche Neigung zu nekrotisirender Ostitis und cariöser Einschmelzung der knöchernen Wandungen der pneumatischen Räume des Schläfenbeines ins Auge. Blutungen in die Paukenhöhle und die Schleimhaut derselben seien mehrfach beobachtet worden und als Teilerscheinungen der allgemeinen hämorrhagischen Diathese der Nephritiker zu betrachten. Ausser dieser Kategorie von Fällen kommen andere vor, bei denen objektiv keine Veränderungen am Ohr sich nachweisen lassen und die klinisch als Erkrankungen des Nervenapparates aufgefasst werden müssen. Verf. glaubt, da zuverlässige Obduktionsbefunde nicht vorliegen, mit Rosenstein ein Oedem der Acusticusbahnen als Ursache der hier beobachteten Hörstörungen annehmen zu sollen. Bezüglich der Frequenz der Erkrankungen des Ohres bei Morb. Br. liegen zwar keine genaueren Daten vor, doch ist Verf. geneigt, die Angaben Dieulafoy's für richtig zu halten, der in pp. 50 pCt. derartige Affektionen bei Nephritikern fand, also nicht viel seltener, als die Sehstörungen. Die Symptome bestehen in der Regel in subjektiven Geräuschen und Schwerhörigkeit verschiedenen Grades, zuweilen von intermittirendem Charakter. In der Mehrzahl der Fälle traten die Erscheinungen mit einer akuten Exacerbation des Nierenleidens auf. Gleichgewichtsstörungen wurden nur selten beobachtet und dabei blieb es noch zweifelhaft, ob dieselben auf einer Läsion des statischen Organes oder als urämisches Symptom, Kleinhirnschwindel, aufzufassen waren. Die Diagnose einer nephritischen Erkrankung des Ohres kann, nach Verf., dann als gesichert angesehen werden, „wenn ausser der Nephritis auch der Zusammenhang der letzteren mit der Hörstörung in irgend einer der beschriebenen Formen erbracht ist". Die Prognose richtet sich in erster Linie nach dem Verlaufe des Nierenleidens und ist im Allgemeinen keine schlechte, sofern nicht der Kranke vor Ausheilung der Ohraffektion der Nephritis oder irgend einer intercurrenten Krankheit erliegt. Von besonderer Bedeutung sind die eitrigen Prozesse des Mittelohrs, die sowohl quoad functionem, als auch quoad vitam sehr folgenschwer werden können. Von ominöser Bedeutung sind die Blutungen, nicht weil sie selbst das Leben gefährden, sondern weil erfahrungsgemäss denselben der letale Ausgang bald folgt. Die Therapie hat die Grundsätze im Auge zu behalten, welche in der Behandlung der Nieren sowohl, als auch der Ohrenkrankheiten allgemein gültig sind. Schwabach.

Réthi, Die Schwingungsform der Stimmbänder bei den verschiedenen Gesangsregistern. Wien. klin. Rundschau 1897, No. 24.

Während früher vom Vf. die Ergebnisse seiner experimentellen Untersuchungen über das Falsettregister mitgeteilt und auch hier referirt wurden, werden jetzt die über die anderen Register gemachten Beobachtungen berichtet. Beim Mittelregister schwingt ein weit breiterer Anteil des Stimmbandes, als beim Falsett; das Stimmband ist flach und es laufen

Wellen ab, wie sie beim oberen Register schon beschrieben wurden. Beim Brustregister ergab sich die Richtigkeit der schon früher gemachten Untersuchungen, dass die vibrirende Zone des Stimmbandes viel breiter ist, als beim Mittelregister. Auch ist bemerkenswert, dass die Erweiterung und Verengerung der Stimmritze weit intensiver ist, als man vorher annahm. Bei der Langsamkeit, mit der die Bewegung stroboskopisch zu sehen ist, bemerkt man, dass die Weite der Stimmritze bei den tiefen Tönen von Null bis zu einem oder $1^1/_2$ mm wechselt. Ferner sieht man in der Mitte der Stimmbänder beim Brustregister eine Verdickung und an der Oberfläche ein feines Flimmern, das wahrscheinlich von fibrillären Kontraktionen im M. vocalis herrührt. Wellen sind beim Brustregister nicht vorhanden. Es haben demnach Brust- und Mittelregister das Gemeinsame, dass eine verhältnismässig breite Zone des Stimmbandes schwingt, und das Mittel- und Kopfregister, dass bei beiden Wellen ablaufen. Die beiden letzteren würden demnach zusammengehören, und diese einerseits und das Brustregister andererseits unterscheiden sich nicht nur dem Gehör nach, sondern bei der laryngostroboskopischen Untersuchung auch für das Auge durch die Falsettwellen scharf von einander. W. Lublinski.

P. Raugé, Laryngocèle ventriculaire. Annal. des malad. de l'oreille du larynx etc. 1897, juin.

Mitteilung einer dieser seltenen Fälle von Laryngocele ventricularis (Virchow), die sich bei einem Manne entwickelt hatte, bei dem sich eine diffuse gummöse Infiltration des Kehlkopfs gebildet hatte. Dieser Tumor zeigte sich nur bei der Phonation und verschwand mit Aufhören derselben sowohl im Kehlkopf, als auch an der linken Seite des Halses. Er entsprach genau der Lage des Ventr. Morgagni und seiner Verlängerung nach oben. W. Lublinski.

J. Mikulicz, Ueber Versuche, die „aseptische" Wundbehandlung zu einer wirklich keimfreien Methode zu vervollkommnen. D. med. Wochenschr. 1897, No. 26.

Seitdem M. in seiner Klinik von der antiseptischen zur aseptischen Wundbehandlung übergegangen ist, hat er häufiger Eiterungen bekommen als früher, so dass er sich vor die Alternative gestellt sah, entweder wieder zu der Antiseptik zurückzukehren, oder die Aseptik so vollkommen zu gestalten, dass Wundinfektionen vermieden würden. Er hält weniger das Catgut, welches häufig als nicht steril angeschuldigt worden ist, für die Ursache der Eiterungen, das Catgut, welches vollkommen zu sterilisiren ist, wird nur dadurch zum Infektionsträger, dass es von der Hand des Operateurs angefasst wird. Neben den Händen, welche vollkommen keimfrei zu machen und während der Operation zu erhalten unmöglich ist, ist nach M. der Luftinfektion eine wesentliche Schuld beizumessen. Und zwar sind es nicht die im Staub enthaltenen Keime, sondern vielmehr die auf den Schleimhäuten des Operateurs und der Assistenten wuchernden Bakterien, welche beim Sprechen, Husten etc., von feinen Wasserbläschen getragen, verbreitet werden.

Gegen diese beiden Gefahren sucht sich M. dadurch zu schützen, dass er nach sorgfältiger Sterilisation der Hände mittelst Seife, Alkohol, Sublimat sterile Zwirnhandschuhe anzieht, welche, wenn sie stark durchblutet sind, oder der Verdacht einer Infektion vorliegt, gewechselt werden. Diese Handschuhe bieten jedoch, da sie nicht keimdicht sind, nur einen relativen Schutz gegen die bei der Desinfektion der Hände zurückgebliebenen Keime, weshalb die Hände-Desinfektion sehr sorgfältig zu gestalten ist. Gegen die Infektion mittelst pathogener Keime von der Mundschleimhaut sucht M. die Wunden dadurch zu schützen, dass er (wie auch die Assistenten) während der Operation Mundbinden trägt, die an den Operationsmützen befestigt sind und Nase und Mund bedecken. Durch die Schleier werden die Keime, welche beim Sprechen verbreitet werden würden, zurückgehalten. Durch diese Modifikationen wird der zur aseptischen Operation erforderliche Apparat noch vergrössert, weswegen M. die Aseptik für Krankenhäuser reservirt wissen will, während es für den praktischen Arzt, da es für diesen unter den schwierigen Verhältnissen doch nicht möglich ist, eine vollkommene Aseptik durchzuführen, besser ist, wenn er zur Antiseptik zurückkehrt. H. Bischoff.

Kersch, Die Chininsalze unserer Therapie. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 24.

Die Zahl der bekannten Chininsalze ist eine ausserordentlich grosse und könnte noch beträchtlich vermehrt werden, da alle organischen und Mineralsäuren mit Chinin Verbindungen eingehen können. Unter all' diesen Chininsalzen wird man natürlich den Verbindungen den Vorzug geben, die das grösste Lösungsvermögen besitzen; es sind dies vor allen anderen drei Salze: das Chininum bisulfuricum, hydrochloricum und sulfuricum, von denen das salzsaure den grössten Chiningehalt, nämlich 82 pCt., besitzt. Bei der weiteren Erörterung der Frage, welches dieser Chininsalze therapeutisch am besten benutzt wird, weist K. darauf hin, dass der Chlorwasserstoff sicher eine dem Organismus homogenere Säure ist, als die Schwefelsäure; er ist der Ansicht, dass die dem Chinin irrtümlicher Weise zugeschriebenen Darmerkrankungen, so namentlich die kolikartigen Schmerzen, nicht eine Wirkung des Chinins, sondern nur der konstituirenden Schwefelsäure sind, da diese Symptome weit eher, als die eigentlichen Chininwirkungssymptome auftreten und nach Darreichung des salzsauren Salzes, auch in grösseren Dosen, nicht beobachtet werden. Verf. hält es daher für am zweckmässigsten, die schwefelsauren Chininsalze überhaupt aus dem Arzneischatz zu streichen, zumal da heute auch die Preisdifferenz zwischen den salzsauren und schwefelsauren Chininsalzen nur eine minimale ist. K. Kronthal.

H. Laser, Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von tuberkulösen Halsdrüsen. D. med. Wochenschr. 1896, No. 31.

Die Untersuchungen des Verf.'s erstreckten sich auf etwa 1100 Kinder der verschiedensten Altersstufen, welche zum Teil Volksschulen, zum Teil Mittelschulen besuchten. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Es erkranken mehr Mädchen als Knaben an Masern, Scharlach, Diphtherie, Mandelent-

zündung und Skropheln. Die Knaben hingegen haben häufiger angeschwollene Halslymphdrüsen als die Mädchen. Ein Abnehmen der Zahl der mit angeschwollenen Halslymphdrüsen behafteten Kinder mit dem Alter lässt sich nicht nachweisen. Die grosse Häufigkeit des Vorkommens von Halsdrüsenanschwellnng steht nicht im Verhältnis zur Häufigkeit des Auftretens von Tuberkulose. In der Mehrzahl der Fälle sind daher die Drüsenanschwellungen nicht auf Tuberkulose, sondern auf andere ätiologische Momente zurückznführen. In der Mehrzahl der Fälle ist die Tnherknlose nicht durch Vererbung des Krankheitskeimes übertragen, sondern durch Infektion post partum acquirirt. Es ist daher anzustreben, dass die Kinder vor dem Einatmen zerstäubten tuberkulösen Staubes und vor direkter Infektion durch am Erdboden beschmutzte Hände gehütet werden. Stadthagen.

W. Zinn und **E. Jacoby,** Ueber das regelmässige Vorkommmen von Anchylostomum duodenale ohne sekundäre Anämie bei Negern, nebst weiteren Beiträgen zur Fauna des Negerdarmes. Berl. klin. Wochenschrift 1896, No. 36.

Es wurden untersucht: 14 Togoneger (West-Afrika), 4 Dnallalente aus Kamerun (West-Afrika), 2 Massaineger (Ost-Afrika), 3 Neu-Guinea-Neger; insgesammt 23 Neger.

Unter diesen 23 Fällen fanden sich: 21 mal Anchylostomum dnodenale, 8 mal Trichocephalus dispar, 8 mal Ascaris, 4 mal Anguillula stercoralis, 4 mal Tänien, 2 mal Amöben.

Ein 3 Jahre alter kräftiger Knabe beherbergte gleichzeitig Anchylostomnm und Trichocephalus dispar.

Die Ergebnisse ihrer Untersuchungen fassen die Autoren in folgender Weise znsammen:

1. Der Darm der Neger beherbergt zahlreiche tierische Parasiten.

2. Anchylostomum duodenale scheint namentlich bei den Negern Afrikas ziemlich regelmässig vorzukommen.

3. Mit absoluter Konstanz werden die Charcot-Leyden'schen Krystalle neben keinem Parasiten gefunden, womit ihre diagnostische Bedeutung nicht bezweifelt werden soll.

4. Die Neger scheinen der Gefahr der sekundären Anämie weniger ausgesetzt zu sein. Der Grund ist wohl nicht lediglich in der geringen Zahl der Parasiten zu suchen, sondern Gewöhnung an das von den Würmern erzengte Gift nnd Rasseneigentümlichkeit dürften hier auch eine Rolle spielen.

5. Bei der grossen Verbreitung des Anchylostomum duodenale wird die Tropenhygiene die Gefahr für die Europäer nicht nnterschätzen dürfen und wird dieselben durch prophylaktische Massregeln schützen müssen.

C. Rosenthal.

H. Bordier, Action des états variables du courant galvanique sur les nerfs sensitifs. Recherches expérimentales sur les lois des secousses sensitives chez l'homme. Arch. de physiol. 1897. (3.) p. 543.

Bei seinen Untersuchungen (Versuchsanordnung und Beschreibung der

Apparate siehe im Original) bemühte sich Verf., festzustellen, wann bei Reizung der sensiblen Hautnerven mit der Anode oder der Kathode bei Stromschluss oder Stromöffnung die erste minimale Empfindung auftritt. Diese Empfindungen traten stets zuerst (d. h. bei relativ geringster Stromstärke) auf bei KaS (0,9—1,1 M.-A), sodann folgte aber AS (1,1 bis 1,5), dann erst AO (1,2—1,8) und zuletzt eine Empfindung bei KaO (2,0 bis 2,4 M.-A.). Bernhardt.

A. Alelekoff, Étude anatomo-pathologique de l'oedème bleu. Archives de neurol. 1896, Mai.

A. berichtet über einen 21jähr. Kranken, der seit ca. 3 Jahren nach einer Erkältung ein Kältegefühl, blaue Verfärbung und Schwäche der linken oberen Extremität zeigte neben Herabsetzung der Sehnenreflexe und der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln dieser Extremität. An der linken Körperhälfte fehlte das Schmerz- und Temperaturgefühl bei erhaltenem Tastsinn; an dem linken Oberarm war auch der letztere herabgesetzt, und vom Ellbogen ab bis zu den Fingerspitzen fehlte jede Empfindungsfähigkeit; hier war die Hautfarbe blau-rot bis schwarz und die ganze Partie war ödematös und geschwollen. Dieser Zustand blieb Jahre lang der gleiche und trotzte jedem therapeutischen Eingriff. Der Kranke ging an Tuberkulose zu Grunde. Die Temperatur am linken Arm blieb dauernd herabgesetzt, auch im Fieberstadium.

Die Sektion erwies eine geringe Differenz der Zahl der Zellen in den Clarke'schen Säulen in der Höhe des 2.—4. Dorsalnervenpaares (links weniger als rechts), ferner eine geringe Neuritis in den kleineren Nervenästen des N. ulnaris (links), starke Verengerung der Arterien der linken oberen Extremität, geringe Veränderung des Endothels an den kleineren Arterien, Verdickung der erweiterten Venengefässwandungen, Thrombosirung kleiner Venen, Blutungen neben ihren Wandungen, Dilatation der Lymphbahnen etc.

Das Oedème bleu besteht in einer Dilatation der Venen und in einer dauernden spastischen Kontraktur der Arterien mit sekundärer Veränderung der Gefässwandungen (Endothelveränderungen, Blutungen zwischen die Gefässwandungen und Scheiden, perivasculäre Zellinfiltration u. s. w.); auch die Nervenäste und besonders die feineren Hautäste werden sekundär verändert.

Alle diese Veränderungen sind Folgezustände der venösen Stase und des arteriellen Krampfes; es fehlen alle Entzündungserscheinungen lokaler Natur und Anzeichen einer primären organischen Nervenerkrankung (sowohl centraler wie auch peripherer Natur). Der Fall deutet daher darauf hin, dass das blaue Oedem zu den hysterischen Erscheinungen zu rechnen sei; stets gesellt es sich zur Parese resp. Paralyse des betreffenden Gliedes; nur in einigen Fällen ist es auch bei Syringomyelie beschrieben.

S. Kalischer.

O. v. Lenowa, Beiträge zur Kenntnis der sekundären Veränderungen der primären optischen Centren und Bahnen in Fällen von congenitaler Anophthalmie und Bulbusatrophie bei neugeborenen Kindern. Arch. f. Psych. XXVIII. (1.).

Der unter v. Monakow's Auspicien angefertigten Arbeit liegt die genaue Untersuchung von 7 Fällen der im Titel genannten Affektionen zu Grunde; des Weiteren Untersuchungen über das Verhältnis der Ganglienzellen zum Sehnerven im äusseren Kniehöcker (am kindlichen und Katzenhirn) endlich Untersuchungen einer grösseren Reihe von v. Monakow'schen Präparaten. Es ergab sich, dass nicht der hintere, sondern nur der vordere Zweihügel Beziehungen zum Sehorgan hat, und zwar das oberflächliche Grau und vielleicht auch das oberflächliche Mark desselben. Im Corp. genic. ext. sind es am wenigsten die Ganglienzellen, welche an der Atrophie schuld sind, sondern die Degeneration der Tractusfasern. Der innere Kniehöcker und der Luys'sche Körper waren immer intakt. Es zeigte sich ferner bestätigt, dass jeder Sehnerv ein gekreuztes und ungekreuztes Bündel führt. Die Meynert'sche und Gudden'sche Kommissur waren unversehrt, ebenso Zirbel, Zirbelstiele, Ganglion habenulae, hintere Kommissur. Endlich kommt der Verf. auf Grund seiner Untersuchungen abermals zu dem Ergebnis, dass die 4. Schicht in der Rinde der Calcarina zu dem Sehakt in engen Beziehungen steht. Das v. Monakow'sche Schema vom Aufbau der Sehbahnen und die von diesem statuirten Gesetze über den allgemeinen physiologischen Zusammenhang der einzelnen Neurone acceptirt der Verf. vollkommen. Drei Tafeln mit sorgfältigen Abbildungen illustriren die Arbeit. M. Brasch.

J. Thiersch, Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten (Raynand'sche Krankheit). Tod infolge von Apoplexie. Arteriosklerose. Münch. med. Wochenschr. 1895, No. 48.

Der Fall betraf einen jungen Mann von 35 Jahren, der schon einige Jahre vorher an Schwindel und Kopfschmerzen, später an Kriebeln in den Extremitäten litt. Im Laufe der Jahre stellten sich in typischer Weise an den Zehen nacheinander Anfälle von gleichartigem Verlaufe ein, sie begannen mit Anämie, es folgten sehr heftige, durch kein Narcoticum zu lindernde Schmerzen, dann eine livide Verfärbung und endlich Gangrän. Der Patient hatte etwas geschlängelte Arterien. Er starb plötzlich an einem apoplektischen Insult. Die Sektion ergab eine Blutung an der üblichen Stelle im Hirn, ausserdem eine auch in dem Körper und den Extremitäten sehr verbreitete Arteriosklerose. Das Nervensystem wurde normal befunden. Der Fall spricht für die arteriosklerotische Aetiologie der Raynaud'schen Krankheit. M. Brasch.

---

d'Arcy Power, The results of a years experience in the surgical treatment of hydrocephalus in children. Internat. Clinics. Vol. III. Fifth series.

Die Erfahrungen des Verf.'s sind auf 6 Fälle basirt — meist tuberkulöse Meningitiden. Die Erfolge sind höchst mässige gewesen und er-

schöpfen sich in der Betonung der Thatsache, dass durch die Operation kein Schaden gestiftet worden ist. Immmerhin rät der Verf., dass man weiter die Punktion der Seitenventrikel ausführen solle, da man das Leben der Kinder um Stunden (!), Tage und länger verlängern könne. Symptomatische Erleichterungen und Besserungen waren öfter zu verzeichnen. Die Fälle von Tuberknlose geben schlechtere Prognosen, als die Fälle von Hydrocephalus congenitus. Der Fall I des Verf.'s stellt einen relativ günstigen Verlauf dar. M. Brasch.

F. Beach, A case of motor paralysis due to cervical caries treated by laminectomy. Lancet 1896, March 28.

Das 13jährige Mädchen war phthisisch und neuropathisch belastet. Es hatte eine schon lange bestehende Wirbelerkrankung und wurde in das Spital gebracht mit weiten Pupillen, einer Lähmung des rechten Armes, Unbeweglichkeit des Kopfes, Narben und Drüsen am Halse. Bald kam es auch zu einer Paraparesis, wobei das rechte Bein stärker gelähmt war als das linke. Die Diagnose einer Caries im Halsteil der Wirbelsäule und die rapide Verschlechterung des Znstandes führten znr Entfernung des 4. bis 6. Wirbelbogens. Die Dura wurde nicht eröffnet. Die Inspektion der vorderen Fläche des Rückenmarks liess nichts von Eiter oder Granulationen erkennen. Die Wunde wurde geschlossen und es trat allmählich eine Besserung in der Beweglichkeit der Extremitäten und des Kopfes ein.
M. Brasch.

L. Waelsch, Ueber eine eigentümliche Form multipler infektiöser Hautgangrän. (Aus der Klinik des Prof. F. J. PICK in Prag.) Arch f. Dermat. u. Syph. XXXIX. S. 173.

Bei einem 38jähr., sehr kachektischen Manne hatte sich vor 3 Wochen in der Haut der Magengegend ein Abscess gebildet, der nach einigen Tagen aufgebrochen war und sich dann in ein Geschwür nmgewandelt hatte. Seitdem waren fort und fort an Bauch, Brust und Extremitäten nene Abscesse und aus ihnen 3—6 cm im Dnrchmesser haltende, unregelmässige, missfarbig belegte und aashaft stinkende Geschwüre entstanden. Der Kranke starb nnter septischen Erscheinungen am zweiten Tage nach der Aufnahme. Die Sektion zeigte, dass auch in den Muskeln Abscesse nnd in den Lungen gangränöse Herde vorhanden waren, gab aber über die Ursache der Krankheit keinen Aufschluss. Plattenkulturen von dem während des Lebens aus nneröffneten Abscessen der Haut entnommenem Eiter lieferten fast in Reinkultur neben spärlichen Staphylococcenkolonien einen Bacillus von eigentümlichen Wachstumsformen, der sich für Meerschweinchen, Kaninchen und Mäuse äusserst pathogen erwies und bei ihnen eine hämorrhagisch-septische Erkrankung hervorrief.

Aetiologisch liess sich nachträglich feststellen, dass der Patient seit längerer Zeit Morphinist war und sich zuletzt vor drei Wochen mit nnsanberer Spritze und verrosteter Nadel selbst eine Injektion in die Magengegend gemacht hatte. Hier war 3 Tage später der erste Abscess aufgetreten nnd von dieser Infektionsstelle aus hatte sich der sehr virulente Bacillus weiter verbreitet. Derselbe scheint identisch zu sein mit dem un-

längst von Babes und Pop in einem Falle von Pustula maligna gefundenen, wo er zu einer sekundären hämorrhagischen Infektion geführt hatte.

H. Müller.

Benzler, Ueber Unfruchtbarkeit nach doppelseitiger Hodenentzündung. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1897, No. 4.

Zur Beurteilung der Frage, ob die doppelseitige Hoden- und Nebenhodenentzündung einen Einfluss auf die Zeugungsfähigkeit ausübt, konnte Verf. die Daten von 31 verheiratheten Männern benutzen, die früher in dieser Weise (meist infolge von Gonorrhoe) erkrankt gewesen waren. Es lebten von ihnen 12 = 38,7 pCt. in kinderloser Ehe, 19 = 61,3 pCt. hatten eine zum Teil recht zahlreiche Nachkommenschaft. Bemerkenswert ist dabei, dass unter den letzteren 19 nur bei dreien eine — zudem noch mässige — Mitbeteiligung der Samenträger vorhanden gewesen war, während diese Komplikation bei 6 von den 12 kinderlosen Männern bestanden hatte. Nach anderen statistischen Angaben nimmt Verf. an, dass im Allgemeinen von 100 Ehen 20 steril bleiben, und zwar $^3/_5$ = 12 pCt. davon durch Schuld des Mannes. Zieht man nun von den obigen 38,7 pCt. die auf Rechnung der Frau zu setzenden $^2/_5$ ab, so bleiben 23,2 pCt. dem Manne zuzuschreibender kinderloser Ehen, was also nahezu eine Verdoppelung der durchschnittlichen männlichen Sterilität bedeutet. Immerhin aber hätten hiernach doch noch fast 77 pCt. der Männer, welche an doppelseitiger Hodenentzündung gelitten haben, Aussicht, mit conceptionsfähigen Frauen Kinder zu bekommen.

H. Müller.

---

1) **J. Bukovsky,** Die Therapie der Bubonen nach Lang's Methode. (Aus der Klinik des Prof. Janovsky in Prag.) Wien. med. Wochenschr. 1897, No. 1, 2.

2) **A. Schischa,** Die Behandlung der Bubonen mit Hydrargyrum benzoatum. (Aus der dermatol. Klinik in Graz.) Ebenda. No. 2, 3.

1) Nach der Lang'schen Methode (Punktion, Injektion einer $^1/_2$—1 proc. Lösung von Argent. nitr., Druckverband) wurden von 115 Bubonen 95 ohne alle weiteren Massnahmen geheilt, und zwar betrug die Behandlungsdauer 6—35, im Durchschnitt 14,7 Tage. In den Fällen, wo das Verfahren nicht zum Ziele führte, lag dies an Nebenumständen und Komplikationen. Bei sehr grossen Abscesshöhlen wurde an zwei entgegengesetzten Stellen punktirt und durch die Oeffnungen ein Drainrohr geführt, das zu den Ausspritzungen benutzt wurde und so lange liegen blieb, bis die Eiterung aufhörte.

2) Sch. hat das Hydrarg. benzoat. in 1 proc. Lösung nicht, wie dies Welander mit dem von ihm angegebenen Verfahren zunächst beabsichtigte, zum Zwecke einer Abortivbehandlung, sondern, ganz entsprechend der Lang'schen Methode, zur Injektion nach der Punktion fluktuirender Bubonen angewendet. Die Einspritzung, der 2—3 Stunden anhaltende Schmerzen und Fieber folgen, wird (ausser wenn nach 7 Tagen die Eiterung noch anhält) nicht wiederholt, sondern die Wundhöhle nur täglich mit $^1/_{50}$ proc. warmer Sublimatlösung ausgespült. Von 27 so behandelten Fällen er-

forderte nur einer weitere chirurgische Eingriffe; die mittlere Behandlungsdauer betrug 21,5 Tage.

Die Vorteile dieser wie der Lang'schen Methode bestehen in ihrer Einfachheit, der geringen Schmerzhaftigkeit, der raschen Heilung und der Verhütung auffallender Narben, sowie unangenehmer Folgezustände, wie sie nach der Exstirpation von Bubonen vorkommen. H. Müller.

S. Ehrmann, Ein Fall von Joderythem nach Darreichung von Jodothyrin. Wien. med. Bl. 1897, No. 20.

Ein 54jähriger Mann hatte wegen einer sehr hartnäckigen Psoriasis 3,0 Jodkalium pro die bekommen; schon am zweiten Tage entwickelte sich ein schweres Erythem, das sich rasch über den grössten Teil der Hautoberfläche ausbreitete und mit Abstossung der Hornschicht endete. Zwei Jahre später nahm der Pat. desselben Leidens wegen Jodothyrin, und zwar am ersten und zweiten Tage je 0,3, am dritten 0,5; am vierten Tage stellten sich dieselben Erscheinungen wie nach dem Jodgebrauch ein, nur war das Erythem noch intensiver und ausgebreiteter, so dass keine Stelle der Haut verschont blieb und ein Bild entstand, das an einen schweren Pemphigus foliaceus erinnerte. Ausserdem bildete sich an allen stärker psoriatisch erkrankt gewesenen Stellen eine Schicht einer käse- oder sebummartigen, übelriechenden Masse, die aus Fettsäure-, Cholestearinkrystallen und verfetteten Epithelzellen der tieferen Epidermisschichten bestand.

Verfasser meint, dass vielleicht diese intensive Zerstörung oder Veränderung des Stratum spinosum und die dadurch verhinderte excessive Bildung von Hornzellen, die zur Psoriasis gehört, die vorübergehende günstige Wirkung des Jodkaliums und des Jodothyrins auf die Krankheit erklärt.

Im Urin liess sich Jod erst in der dritten und vierten Woche nach dem Einnehmen des Jodothyrins nachweisen; in der fünften war es wieder verschwunden. H. Müller.

J. Jundell, Reinzüchtung des Gonococcus Neisser in zwei Fällen gonorrhoischer Metastase. Archiv für Dermatol. und Syphilis. Bd. XXXIX. S. 195.

Die Reinzüchtung des Gonococcus und Verimpfung der Kultur auf die gesunde menschliche Harnröhre gelang in dem einen Falle von einer Tendovaginitis gonorrhoica des M. tibialis posterior, in dem anderen von einer gonorrhoischen Gonitis.

H. Müller.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Eingegangen

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **25. September.** **No. 39.**

Inhalt: Saillet, Ueber das Urobilin im normalen Harn. — Brandenburg, Ernährung mit Caseïnpräparaten. — Delrzenne, Einfluss der Leber auf die Blutgerinnung. — Camus, Wirkung des Lichts auf den Serumfarbstoff. — Camus, Wirkung des Lichts auf die Gallenfarbstoffe. — Maibet und Virbs, Ueber die Giftigkeit der Leber. — Gumprecht, Leukocytenzerfall im Blut bei Leukämie. — Lauenstein, Zur hohen Kastration nach v. Bünger. — Budbero-Boeninghausen und Koch, Beiträge zur Darmchirurgie. — Fränkel, Ueber multiple narbige Dünndarmstrikturen. — Nicoladoni, Daumenplastik. — Heath, Fall von Hypertrophie des Zahnfleisches. — Dobisch, Drüsenschwellungen am Hals bei adenoiden Wucherungen. — Klemperer, Der Harnstoff als Arzneimittel. Cohn, Ueber Eucasin. — Bendix, Stoffwechsel des Säuglings. — Lanz, Akute gelbe Leberatrophie beim Kind. — Weisbecker, Heilserum gegen Masern. — Heymann, Lazarus, Schadewaldt, Grabower, Ueber Lähmung der Kehlkopfmuskeln und Kehlkopfschwindel. — Schreiber, Ueber Geschmacksinnervation und neuroparalytische Entzündung. — Soukhanoff, Ueber multiple Neuritis. — Grasset, Fall von Aphasie bei einem Taubstummen. — Joseph, Gilchrist, Ueber Porokeratosis. — Ahmann, Gonorrhoische Allgemein-Infektion. — Müller, Injektionstechnik bei Sypilisbehandlung. — Colombini, Reaktion des Trippersekrets. — Dor und Bérard, Maligne degenerirte Dermoidcyste.

Saillet, De l'urobiline dans les urines normales. Revue de méd. 1897, No. 2.

Nach einer ausführlichen Uebersicht über die bisherigen Methoden der Darstellung des Urobilins und der Widersprüche, die sich in den Angaben der verschiedenen Autoren finden, berichtet Verf. über seine eigenen Versuche, die ihn zu dem Resultate führten, dass frischer, eben entleerter Urin niemals Urobilin enthält, sondern Urobilinogen, d. h. ein Chromogen, das in wenigen Minuten durch Sonnenlicht und in wenigen Stunden durch diffuses Tageslicht in Urobilin verwandelt wird. — Wenn man bei künstlicher Beleuchtung frisch entleerten, mit Essigsäure angesäuerten Urin mit Essigäther schüttelt, geht das Chromogen in letzteren über. Mit Wasser geschüttelt, giebt der Aether nichts von dem Farbstoff an dieses ab, auch nicht, wenn der Aether bis zum Sieden erhitzt wird. Setzt man jedoch chromogenhaltigen Aether über Wasser den Sonnenstrahlen aus und schüttelt,

so färbt sich das Wasser unter teilweiser Entfärbung des Aethers und zeigt spektroskopisch das Vorhandensein des Urobilins an, das im nicht-beliehteten Aether nicht gefunden wird. Am intensivsten bewirken die Umwandlung des Chromogens die violetten, am wenigsten die roten Strahlen.

Verf. bespricht dann genauer seine Methode der Darstellung des Urobilins und seine Eigenschaften. Man zieht das Urobilinogen bei künstlichem Licht mit saurem Essigäther aus, setzt diesen dem Sonnenlichte aus, schüttelt mit Wasser, das das entstandene Urobilin aufnimmt. Die wässerige Lösung wird entweder — bei Gegenwart von etwas Essigäther — mit schwefelsaurem Ammon gesättigt, oder mit Chloroform geschüttelt. Letzteres nimmt den Farbstoff auf (nicht ganz vollständig) und man lässt es verdunsten. Es folgt eine Darlegung des Urobilins in verschiedenen Stadien, der Fluorescenzerscheinungen, die seine alkoholischen und ätherischen Lösungen darbieten, letztere besonders bei Hinzufügung von etwas Chlorzink. Erhitzt man die alkoholische Lösung zum Kochen, so verschwindet die Fluorescenz, um beim Erkalten wiederzukehren. Endlich wird das spektroskopische Verhalten in sauren, neutralen und alkoholischen Lösungen ausführlich gewürdigt.

Zum Schluss geht Verf. auf die quantitative Bestimmung des Urobilins ein. Nachdem durch sauren Essigäther das Urobilinogen ausgezogen, wird es durch Sonnenlicht oder besser durch Salpetersäurezusatz in Urobilin übergeführt. Die Quantität dieses wird spektroskopisch bestimmt, indem man die Lösung so lange verdünnt, bis der Urobilinstreifen eben verschwinden will. Kennen muss man zur Berechnung die Schichtdicke (E) unter der man beobachtet, und die Menge der verdünnten Lösung (V); die Menge des Urobilins ergiebt sich dann aus der Formel:

$$x = \frac{V}{22 \text{ ccm}} \times \frac{15 \text{ mm}}{E}.$$

Verf. fand, dass die Menge des Urobilins in 24 Stunden individuell sehr wechselt; sie liegt zwischen 8 und 13 cg pro 24 Stunden. Die Ausscheidung soll den Schwankungen der Körpertemperatur parallel gehen.

A. Loewy.

K. Brandenburg, Ueber die Ernährung mit Caseïnpräparaten. D. Arch. f. klin. Med. LVIII. S. 71.

Verf.'s Versuche betreffen zunächst das Verhalten des Caseïns zur Magensaftsekretion. Diese Versuche wurden angeregt durch die Thatsache, dass nicht nur Caseïn wie die vielen anderen Eiweisskörper säurebindende Eigenschaften hat, sondern dass die Fähigkeit der Säurebindung den Verdauungsprodukten des Caseïns (mit Pepsinsalzsäure) in erhöhtem Maasse zukommt. Das Präparat, dessen sich Verf. bediente, war Caseïnnatrium (Nutrose), von dem 30 g etwa so viel Säure banden, wie 40 g Hühnereiweiss oder 100 g Rindfleisch. — Es wurde abwechselnd mit Eiereiweisslösung oder EWALD's Probefrühstück an eine Person mit normalen Sekretionsverhältnissen des Magens verfüttert und in dem nach $^1/_2$ bis $^5/_4$ Stunden ausgeheberten Mageninhalt auf freie Säure untersucht. Es fand sich, dass die Salzsäureabscheidung nicht so weit ging, dass freie Salz-

säure aufgetreten wäre, auch nicht, wenn neben Nutrose Amylaceen gegeben wurden. Das Präparat verhielt sich also ähnlich, wie eine Eiereiweisslösung. — Bei einem Falle von Hyperacidität und einem mit kontinuirlicher Magensaftsekretion, bei denen man an eine Verwertung hätte denken können, konnte jedoch Nutrose das Auftreten freier Säure nicht unterdrücken.

Weiter hat Verf. einen Stoffwechselversnch über die Fähigkeit des Caseïnnatriums, Eiweiss zu vertreten, angestellt. Die Ausnützung desselben war — übrigens in Uebereinstimmnng mit den Befunden früherer Untersucher mit Caseïnfütternng — gleich der der anderen Eiweissstoffe. Es scheint aus dem Versnche weiter hervorzugehen, dass Caseïnnatrium Eiweiss wenigstens für einige Zeit zu ersetzen vermag.

Endlich wurde die Nutrose in der Form von Nährklystieren versucht. An drei aufeinanderfolgenden Tagen wurden 20 g davon mit etwas Kochsalz verabreicht, wovon bei günstigster Annahme 40 pCt. resorbirt, d. h. in dem dem Klysma folgenden Stuhl nicht wiedergefunden wurden. Eine etwaige Resorption mnsste sich anch durch geänderte N-Ausscheidung durch den Harn äussern. Ein achttägiger Stoffwechselversnch jedoch, in dessen Verlauf an vier Tagen Caseïnklysmen gegeben wurden, zeigte keine Aenderung der Harnstickstoffmenge. Danach dürften sich Caseïnpräparate vom Mastdarm aus nicht eignen. A. Loewy.

Delezenne, Rôle dn foie dans l'action anticoagulante des extraits d'organes. Compt. rend. 1897, No. 8.

Wie Heidenhain gezeigt hat, wirken ebenso wie Pepton auch Extrakte aus Krebsmuskeln, Blutegeln n. a. blutgerinnungshemmend. Delezenne untersuchte nun, ob an dem Zustandekommen dieses Effektes die Leber beteiligt sei, wie er es für das Peptou nachgewiesen. Er liess durch eine exstirpirte Hundeleber Krebsmnskelextrakt hindurchfliessen, sammelte die aus der Vena hepatica ausfliessende Flüssigkeit und fand, dass sie, zu frischem Blut hinzugefügt, die Gerinnung deutlich hintanhielt. Durchströmungen anderer Organe hatten diese Wirkung nicht.

Bei entleberten Tieren haben intravenöse Injcktionen von Krebsmnskelextrakt keine gerinnungshemmende Wirknng. A. Loewy.

L. Camus, Action de la lumière sur l'oxydation des matières colorantes du sérum sanguin. Compt. rend. 1897, No. 8.

Serum von (Pferde-) Blut, aseptisch gewonnen und im Dunkeln gehalten, ändert seine Farbe nicht, im Lichte gelassen entfärbt es sich schnell Dazu ist aber die Gegenwart von Sauerstoff notwendig; in einem luftleer gemachten Gefäss ändert anch bei Belichtung das Serum seine Farbe nicht. Vf. suchte nun festzustellen, ob etwa noch ein oxydirendes Ferment an der Oxydation des Serumfarbstoffes mitwirke. Er suchte durch Erhitzung des Serums die Frage zu entscheiden, erhielt jedoch keine eindeutigen Resultate. A. Loewy.

L. Camus, Influence de la lumière sur l'oxydation des pigments biliaires; analogie de cette action avec celle qu'elle exerce sur la matière colorante du sérum sanguin. Compt. rend. 1897, No. 8.

Aseptisch aufgefangene Galle, ans Lichte gehalten, entfärbt sich, wobei die Entfärbung an der Oberfläche beginnt; im Dunkeln tritt keine Entfärbung ein. Auf 100° erhitzt (um event. die Wirkung eines Fermentes auszuschalten), geht die Entfärbung noch schneller vor sich, ja erfolgt auch im Dunkeln. Die Wärme wirkt also fördernd auf die Veränderung des Farbstoffes. In jedem Falle ist aber die Gegenwart von Sauerstoff nötig; im luftleeren Raum bleibt die Farbe unverändert. A. Loewy.

Mairet et Vires, Toxicité du foie. Arch. de physiol. nom. et pathol. 1897, Avril. p. 353.

Um die Giftigkeit der Leber zu erforschen, bereiteten sich die Verf. ein wässeriges Extrakt aus Kaninchenleber, das unter sorgfältigster Asepsis gewonnen wurde. Dasselbe wurde Kaninchen in die Ohrvene injicirt in Dosen von 8 g, 19—60 g auf das kg des Körpergewichts. Bei sämmtlichen 10 Tieren trat der Tod ein, bei der Maximaldosis (60 g) unmittelbar, sonst im Verlauf einer Stunde. Dabei stellte sich eine bis jetzt nicht zu erklärende grosse Verschiedenheit der einzelnen Extrakte in Bezug auf die Giftwirkung heraus. Die Hauptsymptome waren folgende: Myosis, Exophthalmie, Verlangsamung der Atmung, Störung des Herzrhythmus, Diarrhoe, subnormale Temperatur, Somnolenz, Bewusstlosigkeit und zuletzt Laufwut und Krampfanfälle, endlich Tod im Opisthotonus. Die Autopsie ergab Blutüberfüllung der meisten inneren Organe, vor allem des Intestinaltraktus, Gerinnungen im Herzen und dem Venensystem.

Um die Frage zu entscheiden, ob der Leber wirklich giftige Eigenschaften oder nur eine coagulirende Kraft zukommt, trennten die Verfasser durch Erwärmung des Extrakts auf 60° den alsdann ausfallenden gelblichweissen Niederschlag von dem Filtrat. Der im Wasser gelöste Niederschlag rief, injicirt, vorübergehende Erhöhung der Temperatur hervor, der eine Erniedrigung folgte, verlangsamte die Atmung, rief Laufwut und Krämpfe hervor; der Tod trat durch Blutcoagulation ein. Erhitzt man den Wasserextrakt der Leber über 60°, so vermindert sich seine coagulirende Kraft und erlischt bei 100°.

Das nach Erwärmen des Leberextrakts auf 60—100° gewonnene Filtrat setzt, injicirt, die Temperatur herab, verlangsamt die Respiration und den Herzschlag und führt ohne Krämpfe zum Tode in Dosen von 99—120 ccm, entsprechend 25—30 g Lebersubstanz.

Bei der Autopsie fehlt jede intravenöse Gerinnung; die inneren Organe, vor allem der Intestinaltraktus, zeigen starke Hyperämie. Die Leber besitzt also thatsächlich toxische Eigenschaften.

Die Verff. konnten aus dem Niederschlag einen Eiweisskörper isoliren, der in seinen Reaktionen den Nucleo-Albuminen nahe steht. Ob dieser dem Leberextrakt die coagulativen Eigenschaften verleiht, steht dahin. Auch das Schmidt'sche Fibrinferment war nachweisbar. Das die toxischen Eigenschaften besitzende Filtrat enthält Glycogen, Gallenpigment und

Gallensäuren, es giebt nicht die Eiweissreaktionen, wohl aber die der Peptone oder der Alkaloidtoxine. Wahrscheinlich sind es Toxine, die den Fermenten Pepsin und Trypsin nahe stehen. M. Rothmann.

Gumprecht, Leukocytenzerfall im Blute bei Leukämie und bei schweren Anämieen. D. Arch. f. klin. Med. LVII. S. 523.

Die Anschauung, dass im leukämischen Organismus der Leukocytenumsatz erhöht ist und das leukämische Blut eine Folge der stark vermehrten Produktion derselben bei ungehindertem Zerfall ist, gewinnt immer mehr an Boden. Nachdem zuletzt noch die schönen Untersuchungen FRÄNKEL's und BENDA's die enorm erhöhte formative Thätigkeit des lymphatischen Apparates bei akuter Leukämie gezeigt haben, bringt Verf. jetzt den Nachweis, dass neben der vermehrten Produktion auch ein vermehrter Untergang der Leukocyten im Blut stattfindet. Ein solche Zunahme des Untergangs der Leukocyten war schon immer wahrscheinlich auf Grund der bereits lange nachgewiesenen Harnsäurevermehrung im leukämischen Harn.

Was nun die allgemeine Morphologie der Leukocytendegeneration betrifft, so bestehen nach den Versuchen des Verf.'s an dem Saft von Milzen von Mensch und Kaninchen und von Kalbsthymus zwei Degenerationsarten, die Hypochromatose, bei der die Kerne allmählich abblassen unter unaufhaltsamem Schwinden des Nucleïns, der Degenerationstypus der mononucleären Lymphocyten, und die Hyperchromatose, bei der das Kernchromatin an einzelnen Punkten eine erhöhte Concentration aufweist, und der Kern unter Zerfall in mehrere Bröckel verschwindet. Nach dem letzteren Typus zerfallen vorwiegend die polynucleären Leukocyten. Verf. hat nun 2 akute und 4 chronische Leukämieen, ferner 4 perniciöse Anämien einer Untersuchung unterzogen. Bei den Leukämien, vor allem den akuten Formen, zeigt sich eine auffallende Menge nach dem Typus der Hypochromatose degenerirender Zellformen. Bei Lymphocyten und Markzellen, wie bei künstlich degenerirten Zellen zeigen sich Verschwinden des Protoplasma, Unebenheit des Kernkontours, Verlust der Kernstruktur, Abplattung, sowie Höhlenbildung des Kerns und namentlich eine langsam fortschreitende Chromatinabnahme. Bei schweren Anämien findet sich bisweilen eine ebenso ausgedehnte Leukocytendegeneration, wie im leukämischen Blut, während dieselbe im normalen Blut sehr gering ist.

Fixirung, Färbung und Druck der Deckgläschen haben nichts mit dem Zustandekommen der Zerfallsformen zu thun; höchstens erfährt einmal ein zerfallender Zellkern durch die Deckglasmethode weitere Missgestaltungen.
M. Rothmann.

C. Lauenstein, Zur hohen Castration nach v. BÜNGNER. D. Zeitschr. f. Chir. XLIII. S. 588.

L. hat die unter dem Namen der hohen Castration durch v. BÜNGNER auf Grund von Erfahrungen am Lebenden und an der Leiche empfohlene Evulsion des Samenstranges seit 1893 bei jeder Castration geübt. Unter 13 Operationen gelang es nur bei einer nicht, infolge speckiger Infiltration

des Samenstranges, diesen wenigstens etwas zu entwickeln. In 2 anderen Fällen riss — vermutlich aus ähnlichen Ursachen — das Vas deferens schon nach 9 resp. 10 cm vorzeitig. In einem von diesen beiden und in 2 weiteren Fällen bildete sich ein Hämatom im Lager des Samenstranges, welches als Tumor im kleinen Becken einmal noch nach 4 Wochen bei dem Befund nach dem aus anderer Ursache erfolgten Tode zu erweisen war. L. erklärt dieses Hämatom durch Abreissen eines oder beider Aeste der A. deferentialis oder ihrer selbst bedingt. Wenn nun auch in einem Falle ein Stück von 35 cm des Vas deferens, in anderen solche von über 20 cm herausgerissen werden konnten und es für das blosse Auge nicht schien, als ob der Samenleiter an einer kranken Stelle risse, so ist doch bei der ganzen Manipulation öfters ein gewisser Schaden für den Kranken nicht auszuschliessen, wie aus dem Auftreten der Hämatome, welche in einigen Fällen nicht zu verhindern sind, erhellt. Da ausserdem die Evulsion am Lebenden in der Regel nicht so weit gelingt, als an der Leiche, so soll das Vas deferens nur insoweit abgetragen werden, als es sich ohne Gewalt herausziehen lässt, und ist es dann unter Kontrolle des Auges mit der Scheere abzuschneiden. (Das thut längst Jeder. Ref.)

P. Güterbock.

R. Budberg-Boeninghausen und **W. Koch**, Darmchirurgie bei ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des Darmes. Arbeiten der chirurg. Universitätsklinik Dorpat, herausgegeben von Wilh. Koch. IV. Grössere Darmresektionen wegen eingeklemmter Hernie, Dünndarmvolvulus und Invagination. D. Zeitschr. f. Chir. XLIII. S. 118.

Von 9 einschlägigen Fällen werden 6 etwas näher mitgeteilt. 3 von ihnen waren Resektionen unter 1 m, je 4 betrafen den Dickdarm und Dünndarm. Wenn man von der Flexur absieht, wurden eingeklemmte Brüche mit beschränktem Darmbrand nicht häufiger operirt, als solche mit weitgediehener Gangrän. Ueberhaupt kamen Einklemmungen mit entwickelter Gangrän ebenso oft in operative Behandlung, wie Fälle ohne diese. Es beruht diese mit anderen Erfahrungen — z. B. derjenigen Trzebicky's, der umfangreiche Darmresektionen mehr als Ausnahmen ansieht — nicht übereinstimmende Beobachtung auf dem eigentümlichen zur Herniotomie gelangenden Krankenmaterial. Die meisten Patt. haben kaum je ein Bruchband getragen, ihre Hernien konnten sich daher zu sehr grossem Umfange entwickeln; es dauerte relativ lange, bis hier Gangrän, Kotphlegmonen des Bruch- und Hodensackes und die Durchbrüche in den Bauchraum etc. die Kranken zur Klinik führten. Dem Ausfall des Darmes gemäss wurde auch ein Stück Netz entfernt und dabei grosse Sorgfalt auf die Gefässunterbindung gelegt.

Von 9 Operirten starben 3 an schon vorher vorhandener Peritonitis, von den Geheilten konnten 2 nicht weiter verfolgt werden, die übrigen können aber nicht ohne Weiteres als völlig normale Menschen auf die Dauer betrachtet werden.

Allerdings lässt sich angesichts der Unmöglichkeit, die Grösse des zurückgelassenen Darmes und daraus dessen Gesammtlänge zu bestimmen, nicht berechnen, wie viel Procent jedesmal das resecirte Darmstück von

letzterem betragen resp. mit wie viel Darm ein Weiterleben des Menschen noch möglich ist. P. Güterbock.

E. Fraenkel, Ueber multiple narbige Dünndarmstrikturen. Mitteilungen aus d. Hamb. Staatskrankenanst. 1897. I. (1.)

Verf. bringt für dieses wenig bekannte Kapitel der Pathologie 2 interessante Beobachtungen. In beiden Fällen fand F. bei der Sektion multiple cirkuläre Strikturen von verschiedener Länge im Dünndarm, in einem Falle bei gleichzeitiger Lungentuberkulose, im anderen ohne anderweitige tuberkulöse Affektion; neben den Strikturen fanden sich einzelne Knötchen und Geschwüre. Bei der mikroskopischen Untersuchung liess sich durch den Befund von — wenn auch ausserordentlich spärlichen — Langhans'schen Riesenzellen und vereinzelten Tuberkelbacillen der tuberkulöse Charakter der Darmaffektion erweisen. — Die Therapie des Leidens, welches in dem einen Falle als chronischer Ileus imponirte, würde in der Resektion des ganzen erkrankten Darmabschnittes bestehen. (In einem Falle waren 1,2, im anderen 1,7 m Darm erkrankt.) M. Borchardt.

C. Nicoladoni, Daumenplastik. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 28.

N. berichtet über drei bemerkenswerte Fälle von Daumenplastik, in denen der Versuch, ausgedehnte Hautdefekte durch Transplantation eines Stückes Brust- oder Bauchhaut zu decken, von Erfolg gekrönt war.

In dem ersten Falle war durch den Treibriemen einer Maschine die Haut des rechten Daumens und Thenar über die Dorsalfläche des ersten Metacarpus hinweg wie der entsprechende Teil eines Handschuhs glatt vom ganzen Gliede abgerissen; das wunde Glied konnte dabei in allen Gelenken aktiv bewegt werden. Da die Exartikulation des entblössten Daumens von dem Kranken zurückgewiesen wurde, entschloss sich N. zu dem Versuch, den wunden Finger von seiner Basis bis zur Spitze mit einem der Brust entnommenen Hautlappen einzuhüllen. Es wurde zu diesem Zweck aus der Gegend unterhalb der linken Brustwarze ein mit breiter Basis dort haftender Lappen von dem Lederstück des Handschuhdaumens nachgeformter Gestalt entnommen, in sich daumenförmig zusammengerollt, nach Art des Daumenhandschuhstückes zusammengenäht, über den wunden Finger geschoben und an dem Hautrande seiner Thenar- und Metacarpuswunde durch sauber schliessende Nähte befestigt. Der grosse Fingerling aus der Brusthaut, in welchem auch die Brustwarze mit einbezogen war, heilte nach Fixirung des rechten Arms an den Thorax anstandslos an, worauf die Lappenbrücke durchtrennt werden konnte. Bei einer Nachuntersuchung 6 Jahre nach Ausführung der Operation erschien der Daumen wie von einem „Fäustling" bekleidet, im Interphalangealgelenk gebeugt, mit einer in der Volarseite ausgespannten Hautnarbe. An der Radialseite prangte die linke Brustwarze. Die Bewegungen waren in der Abduktion des Carpometacarpalgelenks etwas eingeengt, im Metacarpophalangealgelenk vollkommen frei; das Interphalangealgelenk war durch die erwähnte Narbe in Beugung fixirt. Der Kranke besass in seinem Daumen, mit dessen Gebrauchsfähigkeit er sehr zufrieden war, ziemliche Kraft.

In den beiden anderen Fällen war durch Carbolgangrän die Daumenhaut bis zur Mitte der Grundphalanx verloren gegangen. Aus der kurzen Hautwunde ragte die granulirende Grundphalanx hervor. An ihrer Basis lagen die verkürzten dorsalen und volaren Sehnenstümpfe; sie selbst endete etwas zugespitzt mit der von Granulationen überkleideten Gelenkfläche der Trochlea. N. entschloss sich, nicht bloss soviel Haut zu transplantiren, als zur Ueberkleidung und Deckung der wunden Phalanx nötig war, sondern wollte weiter gehen und einen vollen Ersatz des Gliedes anstreben, und zwar dadurch, dass er nach Ersatz der Haut des Daumens durch einen gestielten Lappen aus der oberen Bauchgegend in die neu gewonnene und angeheilte Hautwalze ein entsprechend langes, von Periost bekleidetes Stück der Tibia zu implantiren plante. Leider kam nur der erste Teil der Operation zur Ausführung. Die beiden Kranken waren mit ihren Hautdaumen, die geeignet erschienen, ein zu transplantirendes Stück der Tibia aufzunehmen, vollkommen zufrieden und gaben den beabsichtigten zweiten Eingriff nicht zu, so dass nachträglich nur der Ueberschuss an Haut entfernt werden konnte. Joachimsthal.

Chr. Heath, A clinical lectnre on a case of hypertrophy of the gums. Brit. med. journ. 1897, May 1.

Bei einem 26jähr. Mann fand sich eine solche Hypertrophie des Zahnfleisches beider Kiefer, dass der geöffnete Mund an den eines Nilpferdes oder Rhinoceros erinnert. Vor 4 Jahren waren die ersten Zeichen aufgetreten und damals beseitigt worden; aber schon 3 Monate später trat ein Recidiv ein, um das sich Pat. erst wieder kümmerte, als die meisten Zähne ausfielen oder lose wurden. Die Operation wurde zweizeitig bei herabhängendem Kopf in der Weise unternommen, dass zunächst die losen Zähne entfernt und dann das hypertrophische Zahnfleisch bis zu den Alveolen mit der Scheere abgeschnitten wurde. Die Blutung wurde meist mit dem Paquelin gestillt. Mikroskopisch erwies sich die Erkrankung als einfache Hyperplasie mit starker Gefässentwickelung. W. Lublinski.

Dobisch, Drüsenschwellungen am Halse bei adenoiden Wucherungen. Prag. med. Wochenschr. 1897, No. 23.

Bei einem 14jähr., ziemlich gut entwickelten Mädchen verschwand ein Packet von hartgeschwollenen, nicht druckempfindlichen Lymphdrüsen an der rechten Aussenseite des Halses nach Entfernung der adenoiden Vegetationen. Mit Recht hebt Verf. hervor, dass recht oft derartige Drüsen mit dem ganzen gegen Tuberkulose verfügbaren Arzneischaft daheim und in Bädern ohne Nutzen behandelt werden, während sie durch einen kurzen Eingriff rasch beseitigt werden können.

Verf. bemerkt noch, dass er regelmässig 3—4 Wochen nach der Operation mit einer Lugol'schen Lösung jeden dritten Tag die Operationsfläche zu bepinseln pflegt und seitdem keine Rückfälle gesehen hat.

W. Lublinski.

G. Klemperer, Der Harnstoff als Arzneimittel. D. med. Wochenschr. 1896, No. 47.

Die Eigenschaft des Harnstoffs, in grossen Dosen innerlich genommen, die Diurese zu erhöhen und Harnsäure in Lösung zu halten, rechtfertigt seine Einführung in den Arzneischatz. Was die diuretische Wirkung betrifft, so kommt dieselbe wohl dadurch zu stande, dass der Harnstoff das Nierenepithel zu stärkerer Sekretion anreizt; daher versagt das Mittel bei Erkrankungen der Niere selbst. Ausgezeichnete Erfolge dagegen hatte K. bei Ascites infolge von Lebercirrhose und pleuritischen Exsudaten zu verzeichnen: die Urinmenge stieg hier beträchtlich (Tage lang wurden pro Tag mehr als 5 Liter entleert), dementsprechend schwanden selbst grosse Ergüsse ziemlich schnell. In Fällen von Herzkrankheiten waren die Erfolge nicht gleichmässig; wahrscheinlich war der Nichterfolg in mehreren Fällen darauf zurückzuführen, dass durch Stauung die Nierenthätigkeit allzu sehr alterirt war. Die Dosis war anfangs stündlich 1 Esslöffel einer 5procent. wässerigen Lösung, die später auf 7,5 und 10 pCt. erhöht wurde.

Was die harnsäurelösende Fähigkeit des Harnstoffs betrifft, so gebührt hier dem Mittel vor allen übrigen der Vorzug. In 42 von K. behandelten Fällen von Nierensteinen war die Einwirkung stets eine günstige. Die Anwendungsweise ist entweder die oben erwähnte oder in Form eines aus gleichen Teilen von Harnstoff, Natr. bicarbon. und Calc. carbon. bestehenden Schachtelpulvers, wovon täglich 4—5mal ½ Kaffeelöffel voll gegeben wird. Während eines Kolikanfalls selbst ist jedoch von dem Mittel nicht allzu viel zu erwarten. Was die Anwendung bei Gicht betrifft, so ist der Harnstoff in den Fällen zu empfehlen, in denen eine Erhöhung der Diurese erwünscht ist; eine weitere Wirkung auf den Krankheitsprozess selbst kommt dem Mittel nicht zu. K. Kronthal.

Ad. Cohn, Ueber Eucasin. Cbl. f. inn. Med. 1896, No. 28.

Das Eucasin, ein neues, aus Milch hergestelltes Präparat, ist ein saures Ammoniaksalz des Caseïns; es ist ein weisses Pulver von feinem, griesartigen Aussehen, ohne besonderen Geschmack und mit schwachem Milchgeruch. C. verabreichte das Mittel in der Form, dass er in einen Teller Reis- oder Haferschleim einen Esslöffel Eucasin unter vorsichtigem Rühren hineinquirlen liess; diese Mischung zeigt keinen hervorstechenden Geschmak und wurde gern 2—3mal täglich genommen. Angewandt wurde es bei Tuberkulösen, Anämischen, sowie bei Patienten mit verschiedenen Ernährungsstörungen.

Mit absoluter Genauigkeit liessen sich selbstverständlich die Wirkungen nicht feststellen, doch scheint die Verabreichung von Eucasin den Kräftezustand günstig zu beeinflussen; in einem Fall von beginnender Kehlkopf- und Lungentuberkulose wurde eine auffallende Gewichtszunahme konstatirt.

Unangenehme Nebenwirkungen, Durchfälle oder dergleichen wurden in keinem Falle beobachtet. K. Kronthal.

B. Bendix, Beiträge zum Stoffwechsel des Säuglings. Jahrb. f. Kinderhlk. XLIII. S. 23.

Verf. hat bei 2 Säuglingen im Alter von 14 resp. 18 Wochen Stoffwechselversuche angestellt. Das eine Kind wog 4100 g und das zweite 4350 g. Durch eine eigenartig konstruirte Lagerstätte und einen sorgfältig befestigten Harnrecipienten (s. Orig.) ist es dem Verf. gelungen, Harn und Kot getrennt und ohne Verlust aufzufangen. Die Kinder entleerten Stühle, die etwas wasserreicher als normal waren, sonst war ihr Verdauungstraktus gesund. Sie erhielten die Henbner'sche Milchmischung, d. h. $^2/_3$ Milch, $^1/_3$ einer 12,3proc. Zuckerlösung und 1—2 pCt. Reismehl. Die Versuche wurden im 1. Fall 8 Tage, im 2. Fall 3 Tage fortgesetzt. Die tägliche Nahrungsaufnahme betrug in Fall 1 1000 ccm, davon 500 Milch, in Fall 2 1010 ccm, davon 675 Milch pro die. Die Harnmenge unterlag geringen Schwankungen: Fall 1 470—595 ccm, Fall 2 406—434 ccm. Es liefern demnach beim Flaschenkinde 100 g zugeführter Flüssigkeit 44,2 g Harnwasser im Mittel; beim Brustkinde hat Camerer auf 100 g Muttermilch 68 g Harnwasser gefunden. Die Zahl der Harnentleerungen beträgt ca. 24. Das Gewicht der — wie gesagt — etwas wasserreichen Stühle betrug in Fall 1 155—347 g, in Fall 2 151,90 g pro die. Der mittlere Wassergehalt des Kotes betrug 91,38 pCt. Auf 100 g Kuhmilch berechnet Verf. in Versuch 1 29,30—38,97 g feuchten Kot, entsprechend 2,20—2,42 g trocknen Kot, in Versuch 2 10,10 g feuchten, entsprechend 1,19 g trocknen Kot. — Die tägliche Gewichtszunahme der Kinder betrug 41,66 resp. 45 g. — Die N-Zufuhr betrug in Fall 1 laut Rechnung 3,78 g in den 6 ersten, 3,57 g in den 2 folgenden Tagen; davon wurden 0,924 g = 29 pCt. resp. 0,66 g = 22 pCt. von dem Säugling zurückgehalten. Diesem N-Ansatz würde nach Verf.'s Rechnung eine tägliche Zunahme des Kindes an Muskelfleisch von 48 resp. 30 g (Mittel 39 g) entsprechen. Die Ausnutzung des Fettes betrug 89,29 bis 91,11 pCt. Stadthagen.

Fr. Lanz, Ein Fall von akuter gelber Leberatrophie bei einem 4jährigen Knaben. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 30.

Das Interesse des Falles ist hauptsächlich durch das frühe Alter des Erkrankten begründet. Nach der Zusammenstellung des Verf.'s sind bisher 14 sichere Fälle von akuter gelber Leberatrophie bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren in der Litteratur beschrieben. Stadthagen.

Weisbecker, Heilserum gegen Masern. Zeitschr. f. klin. Med. XXX. S. 312.

Verf. hat das Serum, welches er aus dem Aderlassblute von Masern-Rekonvalescenten gewonnen hatte, als Heilserum zur Bekämpfung schwerer Masernerkrankungen benutzt. Bei 4 Fällen von Masernpneumonie — Verf. nimmt an, dass die Pneumonieen direkt durch das Maserngift hervorgerufen würden — glaubt Weisbecker sehr günstige Erfolge erzielt zu haben. — Injicirt wurden 10—18 g Serum. Stadthagen.

---

1) **P. Heymann,** Beitrag zur Lehre von den toxischen Lähmungen der Kehlkopfmuskulatur. Arch. f. Laryngol. 1896. V.
2) **Lazarus,** Posticuslähmung bei Gonorrhoe. Ebenda.
3) **Schadewaldt,** Ueber Kehlkopfschwindel (Ictus laryngis). Ebenda.
4) **Grabower,** Ein casuistischer Beitrag zur Lehre von der Innervation des Kehlkopfs. Ebenda.

1) H. beschreibt drei neue Fälle von Bleilähmung der Kehlkopfmuskulatur, in denen die Abductorlähmung überwog. Alle drei Kranke hatten wiederholt Koliken und Bleilähmungen der Extremitäten gehabt. In einem Falle recidivirte die Kehlkopfmuskellähmung. — Toxische Kehlkopfmuskellähmungen sind ausserdem beobachtet worden bei Vergiftungen mit Kupfer, Antimon, Phosphor, Arsen; ein Fall von Arsenvergiftung mit Lähmung der Kehlkopfmuskulatur wird auch von H. beschrieben; hier recidivirte die Lähmung stets bei Wiederaufnahme der Arbeit. — Von anderen Giften, die Lähmungen der Kehlkopfmuskulatur verursachen, werden Cannabis indica, Strammonium, Solaneen, Alkohol, Belladonna, Atropin, Opium, Morphin und Cocaïn angeführt; indessen liegen hierüber nur spärliche Beobachtungen vor.

2) L. beschreibt einen Fall von Gonorrhoe bei einem 32jähr. Hausdiener, der kurze Zeit darauf an mehrfacher Gelenkentzündung erkrankte und zugleich die Erscheinungen einer Posticuslähmung aufwies; diese ging nach der notwendig gewordenen Tracheotomie wieder allmählich zurück. Für die Posticuslähmung fand sich keine Ursache; weder lokale Veränderungen der Umgebung, noch allgemeine Erkrankungen des Centralnervensystems konnten ätiologisch in Betracht gezogen werden. — In einem Fall von multipler Neuritis nach Gonorrhoe, den Engel-Reimers beschreibt, trat ebenfalls eine Kehlkopfmuskellähmung im Verlaufe auf. Der Verlauf der Posticuslähmung wies hier auf eine akute Entzündung des N. laryng. inferior hin, und wird eine gonorrhoische Neuritis dieses Nerven für die Kehlkopfmuskellähmung ursächlich in Betracht zu ziehen sein.

3) S. beschreibt 7 Fälle von Kehlkopfschwindel. In dem ersten derselben trat unter den Erscheinungen eines Anfalles von Kehlkopfschwindel der Tod ziemlich plötzlich ein. Der 59jähr. Kranke litt an einem ausgedehnten chronischen Bronchialkatarrh und hatte vorher schon wiederholt stickhustenartige Anfälle gehabt, in denen er auf einen Moment bewusstlos wurde und auch schon umgefallen war. Mitunter trat der Anfall schon nach wenigen kurzen Hustenstössen auf. Oft geht dem Anfall ein kurzer plötzlich auftretender Kitzel in der Kehlkopfgegend voran, und meist vergessen die Kranken die Anfälle schnell, da dieselben nur einen Moment dauern und keine bemerkbaren Folgen zurücklassen. In der Mehrzahl der Fälle betrifft der Ictus laryngis Männer und geht mit Kongestion des Gesichts einher. — Nach S. gehören zu dem Ictus laryngis neben dem Kehlkopfreiz eine krankhafte Disposition des Individuums, die in Veränderungen des Nerven- und Gefässsystems zu suchen ist. Ein Blutandrang nach dem Gehirn durch die Hustenstösse fehlt in vielen Fällen von Laryngxschwindel. Man muss als Ursache einen Reiz des Laryngeus superior annehmen, der centripetal wirkt, das Exspirationscentrum einerseits reizt und zu Hustenstössen führt, andererseits aber das Hemmungscentrum des Herzens erregt

und hierdurch Herzstillstand, cerebrale Anämie, Bewusstlosigkeit bewirkt. Gefässalterationen durch das Alter, Arthritis, Alkoholismus, plethorische Konstitution etc. begünstigen das Auftreten des Larynxschwindels, der mit Spasmus glottidis und Epilepsie nichts zu thun hat.

4) G. berichtet von laryngologischer Seite über einen in der Deutschen Zeitschrift f. Nervenheilk. IX. mitgeteilten Fall von Tabes mit Kehlkopfmuskellähmung, Larynxkrisen, tödlichem Ausgang und Sektionsbefund. Während in diesem Falle die Accessoriuswurzeln beiderseits unversehrt waren, erwiesen sich die Vaguswurzeln als hochgradig atrophisch, links stärker als rechts. — G. weist auf seine früheren anatomischen Untersuchungen hin, durch die er zu beweisen suchte, dass der Accessorius ein rein spinaler Nerv sei und ein cerebraler Accessorius nicht existire, dass ferner ein Zusammenhang zwischen dem Accessorius- und Vagusnerven nicht vorhanden sei. Wenn auch das gemeinschaftliche Vorkommen von Kehlkopfmuskel- und Cucullarislähmung gegen die letztere Behauptung zu sprechen scheint, so liegt doch in 8 von den einschlägigen 18 Fällen eine periphere Aetiologie vor, die beide Nerven und Wurzeln gleichzeitig treffen kann. Bei den Lähmungen des Kehlkopfes und Cucullaris mit centraler Genese (ca. 10 Fälle) fehlt in den meisten Fällen der Sektionsbefund, und in einer Reihe von Fällen dürfte es sich um diffuse, von Kern zu Kern fortschreitende Prozesse gehandelt haben, die nacheinander die Kerne oder centralen Wurzeln des Accessorius, Vagus, Hypoglossus schädigten. In einem von NOTHNAGEL beschriebenen Fall mit Sektionsbefund wird die Affektion beider Nerven (Vagus und Accessorius) festgestellt.

Der hier mitgeteilte Fall ist insofern beweisend, als bei einer durch intracranielle Wurzelerkrankung hervorgerufenen Kehlkopfmuskellähmung die Accessoriuswurzeln völlig intakt, die Vaguswurzeln atrophirt gefunden wurden. Der Accessorius ist demnach bei der Innervation des Larynx ganz unbeteiligt und der Vagus der alleinige motorische Kehlkopfnerv.

S. Kalischer.

M. Scheier, Beitrag zur Kenntnis der Geschmacksinnervation und der neuroparalytischen Augenentzündung. Zeitschr. f. klin. Med. XXVIII. (5 und 6.)

Ein 22jähr. Landwirt zeigte nach einem Schuss in die rechte Schläfengegend eine vollständige Lähmung des rechten N. trigeminus mit Ausnahme des N. crotaph.-buccinator. und eine Läsion des rechten N. opticus und olfactorius, und zwar sofort nach der Schussverletzung. Die Augenmuskelnerven waren nicht verletzt. Der Trigeminus musste an der Stelle getroffen sein, wo noch seine drei Aeste zusammenliegen (im Ganglion Gasseri selbst oder dicht an der Teilungsstelle). Die Kugel, die bei der Operation nicht gefunden wurde, musste in den Siebbeinzellen oder in der Stirnhöhle sitzen und war auch für die Sonde nicht erreichbar resp. nachweisbar. Das Geschmacksvermögen war auf den vorderen zwei Dritteln der rechten Seite der Zunge vollkommen erloschen. Auf dem rechten Auge bestand eine absolute Amaurose und Ophthalmia neuroparalytica.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine Basisfraktur mit einer Lähmung der sensiblen Fasern des rechten Trigeminus, des rechten Facialis

und Acusticus. Die ganze rechte Zungenhälfte war in den vorderen zwei Dritteln gefühllos und unempfindlich für alle Geschmacksqualitäten. Der Gefühlssinn war in beiden Fällen im hinteren Drittel der Zunge auf der erkrankten Seite ebenso gut erhalten, wie der Geschmackssinn, und geht daraus hervor, dass der N. lingualis nicht der Gefühlsnerv für die ganze Seite der Zunge sei, sondern nur für die vorderen zwei Drittel; der Nervus glosso-pharyngeus ist sowohl Geschmacks- wie Empfindungsnerv für den hinteren Teil der Zunge. Da in beiden Fällen der ganze sensible Stamm des Trigeminus an der Basis befallen war, können diese Beobachtungen keine Aufklärungen darüber geben, ob die Geschmacksfasern von dem Ganglion geniculi in den dritten oder zweiten Ast des Trigeminus zurückkehren. — Während in dem ersteren Falle eine Ulceration der Cornea (wie auch der Wangenschleimhaut) ziemlich früh eintrat, stellten sich im zweiten Falle trotz viermonatlichen Bestehens der vollkommenen Anästhesie des Auges und trotz Fehlens des Lidschlages nicht die geringsten Entzündungserscheinungen ein — eine Erscheinung, die mit den Experimenten Gaule's übereinstimmt. Diese lehren, dass eine Trübung und Läsion der Cornea nur in denjenigen Fällen eintritt, in denen das trophische Centrum und die Ganglienzellen des Ganglion Gasseri verletzt sind. In den Fällen, wo der Trigeminus oberhalb des Ganglion durchschnitten ist, bleibt die Cornea klar. S. Kalischer.

S. Soukhanoff, Contribution à l'étude des changements du système nerveux central dans la polynévrite. Arch. de neurol. 1896, Mars.

Der 21jähr. Patient war ab origine neuropathisch und auch hereditär nach den verschiedensten Richtungen hin belastet. Er neigte schon früh zum Trunke, litt am Delirium und erkrankte schliesslich an Schwäche in den Beinen. In der Moskauer psychiatrischen Klinik wurde eine multiple Neuritis konstatirt, und als der Kranke an Tuberkulose zu Grunde ging, fanden sich bei der Autopsie ausser den Veränderungen an den peripheren Nerven (Neuritis parenchymatosa) auch Erkrankungen der Hinterstränge und der hinteren und vorderen Wurzeln. Im Lumbalmark waren die postero-externen Bündel, im Halsmark die Goll'schen Stränge und weiter hinauf der Funiculus gracilis am meisten ergriffen, im Dorsalmark war die Erkrankung eine diffusere. Die Ganglienzellen der Vorderhörner und Hinterhörner waren verschont geblieben. Die Nn. III, VI, VII und XII enthielten eine Anzahl degenerirter Fasern. Zur Anwendung kamen die Methoden von Marchi und Nissl. M. Brasch.

J. Grasset, Aphasie de la main droite chez un sourd-muet. Progr. méd. 1896, 31 octobre.

G. versteht unter der im Titel niedergelegten Bezeichnung eine Erkrankung, welche einen bis dahin mit der rechten Hand sprechenden Taubstumen betrifft, und ihn unfähig macht, sich weiter in der Zeichensprache mit der rechten Hand zu verständigen. Er beschreibt die Krankengeschichte eines 50jährigen Mannes, welcher von Jugend auf taub war, aber lesen und sich mit der Zeichensprache verständigen konnte. Dieser Pat. wurde

nun infolge allgemeiner Arteriosklerose von einer progressiven, thrombotischen Erweichnng des Gehirns befallen. Infolgedessen verlor der sehr intelligente Mann, welcher bis dahin sich zur Taubstummensprache fast ausschliesslich der rechten Hand bediente, die Fähigkeit, sich in der gewohnten Weise zu verständigen. Die rechte Hand machte vergebliche Versuche, das Alphabet zu markiren, der Kranke nahm die linke Hand zu Hülfe. Er konnte anch nicht mehr schreiben. Der rechte Arm wurde auch sonst nicht in der gewohnten Weise zu Bewegungen benutzt, er war aber keineswegs total gelähmt, sondern nur paretisch, und die motorische Kraft an und für sich würde sowohl znm Schreiben, wie zum Sprechen hingereicht haben. Der Patient hatte also das Sprachcentrum seiner rechten Hand eingebüsst.

Der Verf. weist darauf hin, dass solche Fälle selten sind, weil für ihre Entstehung 3 Bedingungen nötig sind:

1. Der Taubstumme mnss intelligent sein nnd nicht sprechen gelernt haben (diese Fälle werden immer seltener).

2. Der Taubstumme muss aphasisch werden.

3. Die rechte Hand darf nicht in so hohem Grade gelähmt sein, dass durch die Lähmung allein die Zeichensprache nnmöglich wird.

Alle 3 Bedingungen waren in dem vorliegenden Falle erfüllt.

M. Brasch.

---

1) **M. Joseph,** Ueber Porokeratosis. Arch. f. Dermat. n. Syph. XXXIX. S. 335.

2) **T. C. Gilchrist,** A case of porokeratosis (Mibelli) or hyperkeratosis excentrica (Respighi) with a remarkable family history. John's Hopkins Hosp. Bullet. 1897, May.

1) Unter dem Namen Porokeratosis hat Mibelli einen von den Ausführungsgängen der Schweissdrüsen ausgehenden Verhornungsvorgang beschrieben, der sich klinisch wie histologisch als eine eigenartige Erkrankung charakterisirt. Es treten ohne vorgängige Entzündungserscheinnngen kleine schmutzig-branne, harte, stachelförmige Erhabenheiten auf, nach deren Entfernnng eine trichterförmige Oeffnung zurückbleibt. Allmählich verhornt auch der Rand dieser Oeffnnng und es bildet sich durch periphere Ausbreitung eine linsen- bis markstückgrosse, nnregelmässige, warzenähnliche, gelb-braune Plaque mit einem etwas eingesunkenen, nur einige spitze, harte Höckerchen tragenden Centrum und einem wallartig erhabenen, hyperkeratotischen, reibeisenartig rauh anzufühlenden Rande. — Vf. beobachtete diese Affektion bei einem 14 und einem 12 Jahre alten Knaben, wo sie hauptsächlich an der Streckseite einzelner Finger lokalisirt war und, ohne Beschwerden zn machen, seit Jahren bestand. Mikroskopisch zeigte sich, dass die Krankheit mit einer starken Wucherung des Rete Malpighi beginnt; charakteristisch für sie aber sind die in die Schweissdrüsenausführungsgänge eingekeilten und über die Oberfläche hervorragenden Hornkegel, an welche sich weiterhin eine Hyperkeratose ihrer Umgebung anschliesst, die sich allmählich excentrisch ausbreitet. Ob der Prozess immer nur von den Schweissdrüsengängen ausgeht, lässt Verfasser unentschieden.

2) G. fand dieselhe Krankheit bei einem 21jährigen Manne an Ohren, Nase, Kinn, Nacken, heiden Handrücken nnd rechtem Vorderarm. Von besonderem Interesse ist an diesem Falle, dass die Affektion bei 11 Mitgliedern der Familie des Pat. bestand. H. Müller.

G. Ahman, Zur Frage von der gonorrhoischen Allgemeininfektion. (Aus Prof. Welander's Klinik im Krankenhause St. Görau zu Stockholm.) Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXIX. S. 323.

Ein junger Mann, der seit mehreren Monaten an Harnröhrentripper litt, hekam in mehrfachen Schüben, jedesmal unter heftigen Entzündungserscheinungen und hohem, rasch wieder abklingendem Fieber eine Arthritis verschiedener Gelenke, Nephritis und eine Tendovaginitis des linken M. tibialis anticus, in deren mucoperulentem Exsudat Gonococcen mikroskopisch und kultnrell nachzuweisen waren. Während eines der Fieheranfälle aspirirte Vf. mit Pravaz'scher Spritze aus einer Vene der Ellenbeuge 1 ccm Blut nnd goss dieses in ziemlich dicken Lagen auf Platten Ascitesagar in Petri'schen Schalen. Ohgleich mikroskopisch in Deckglaspräparaten Bakterien nicht zn finden gewesen waren, entwickelten sich anf den Platten Kolonieen, die sich hei weiterer Uebertragnng auf Ascitesagar als Gonococcenkolonieen erwiesen. Um aber allen Zweifeln zu begegnen, verimpftc Vf. die fünfte Generation der Reinknltur auf die gesunde Harnröhre eines sich dazu bereit erklärenden anderen jungen Mannes mit dcm Erfolge, dass bei diesem nicht nnr eine typische Gonorrhoe, sondern im weiteren Verlaufe anch eine Lungenaffektion (Infarkt?), eine Tendovaginitis mit gonococcenhaltigem eitrigem Exsudate und eine Epididymitis entstand. — Verf. hält hiernach das Vorkommen einer allgemeinen Gonococceninfektion für erwiesen. H. Müller.

M. Möller, Znr Frage von der Injektionstechnik bei der Behandlnng von Syphilis. Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXIX. S. 393.

Durch Versuche an Leichen überzeugte sich Verf., dass die Gefahr hei der Injektion unlöslicher Qnecksilbersalze zufällig in eine Vene zn geraten und dadnrch zu Lungenemholien Veranlassung zu geben, je nach der Stelle der Glutaealgegend, welche man für die Einspritznng wählt, und der Tiefe, in die man diese macht, eine sehr verschiedene ist, was natürlich von der Verteilung der grösseren Gefässe abhängt. Am gefährlichsten erwiesen sich tiefe Injektionen an einem Pnnkte mitten zwischen der Spina ilei post. sup. und dem Tuber ischii, nngefähr 6 cm von dcr Medianlinie, in geringerem Grade solche, welche von diesem Punkte aus lateral nach dem Trochanter maior nnd vertikal nach dem Tuber ischii hin gemacht wurden. Weit weniger Gefahr hietet die ohere Glutaealgegend oherhalb der Horizontallinie, welche die obere Spitze des Trochanter maior tangirt. Macht man die Injektion weniger tief, supramusknlär oder in den oberflächlichen Teil des M. glutaeus maximus, so entgeht man Einspritzungen in Venen und Lungenembolien fast mit Sicherheit. H. Müller.

P. Colombini, Sulla reazione del pus blenorragico e della mucosa uretrale e sul rapporto di tale reazione con la vita del gonococco. Giorn. intern. delle scienze med. Jahrg. XVIII. S.-A.

Unter 235 Fällen von bis dahin unbehandelter männlicher Gonorrhoe mit positivem Gonococceubefunde war die Reaktion des Ausflusses nur 12mal eine neutrale, sonst stets eine alkalische.

Verf. stellte ferner fest, dass auch die normale Schleimhaut der Pars anterior urethrae so gut wie immer alkalisch reagirt und dass diese Alkalescenz durch das Passiren des sauren Harns beim Uriniren nur ganz vorübergehend abgeschwächt wird. Kulturversuche zeigten, dass die Gonococcen im normalen Urin nicht, wohl aber auf Serum oder Agar, dem Urin zugesetzt ist, fortkommen. Eiweisshaltiger Urin, mochte derselbe sauer reagiren oder schwach alkalisch gemacht sein, erwies sich als ein sehr geeigneter Nährboden.

Da nun also einerseits die Gonococcen im alkalischen blenorrhoischen Sekrete und auf der alkalisch reagirenden Harnröhrenschleimhaut leben und sich vermehren, andererseits auch auf saurem Eiweissharn und, wie Finger u. A. gezeigt haben, auf künstlichen sauren Nährböden gedeihen, so schliesst Verfasser, dass die Reaktion des Sekrets und der Schleimhaut für die Entwickelung der Gonococcen belanglos ist, und dass die Versuche, durch Umgestaltung dieser Reaktion den Verlauf der Gonorrhoe zu beeinflussen, erfolglos bleiben müssen. H. Müller.

L. Dor et **L. Bérard,** De la dégénérescence maligne des kystes dermoides de l'ovaire. Gaz. hebd. 1896, No. 80.

Die Verff. bringen die Beschreibung einer malignen degenerirten Dermoidcyste des Ovariums. Die Patientin ist vollständig geheilt, trotzdem auf der Aussenseite des Tumors Höcker der Neubildung bestanden.

Es hatten sich weder Metastasen gefunden, noch zeigte das über den Höckern liegende Peritoneum irgend welche Reaktion. In diesem Falle wurde also früh genug operirt, ehe die Neubildung weiter greifen konnte. Der Zeitpunkt der Operation lässt sich nicht fest bestimmen. Während gutartige Dermoide sich langsam entwickeln und mässig gross sind, ohne ausstrahlende Schmerzen zu erregen, und ferner mehr das Gefühl der Spannung als der Fluktuation bieten ohne wechselnde Konsistenz, wachsen maligne degenerirte Dermoide rasch zu erheblicher Grösse an und rufen durch Kompression starke ausstrahlende Schmerzen hervor, auch schliesst sich Kachexie an. Das Alter der Patienten giebt auch keinen sichern Anhalt, da auch Fälle vor 40 Jahren bekannt sind.

Eine häufige Untersuchung von verdickten Dermoidwandungen und aufsitzenden Höckern wird zeigen, dass die maligne Degeneration der Dermoide der Ovarien häufiger ist, als angenommen wird.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **2. Oktober.** **No. 40.**

Inhalt: Bohne, Wirkung der Retention von Chloriden im Organismus. — Knöpfelmacher, Ueber das Fett im Säuglingsalter und Hautsklerem. — Lohnstein, Ueber Urometer. — Jaquet, Ueber die klinische Hämoglobinbestimmung. — Young, Vorkommen von Nervenfasern in Tumoren. — Walker, Ruptur der Quadriceps-Sehne. — Gersuny, Fälle von Zerreissung der Achillessehne. — Schultén, Ueber Ausfüllung von Knochenhöhlen durch plastische Operationen. — Graff, Wirkungen verschluckter Fremdkörper. — Sudeck, Ueber primäre Hydronephrosen. — Niedermayr, Riss des Gaumensegels durch Trauma. — Flügge, Ueber Luftinfektion. — Husemann, Vergiftung durch Austern. — Dietrich, Verwechslung von echten Pocken und Windpocken. — O'Brien, Fall von Belladonna-Vergiftung. — Müller, Vorkommen von Diphtheriebacillen in der Mundhöhle. — Ratjen, Zur Behandlung des Magengeschwürs. — Allina, Fall von Pankreasnekrose. — Cassirer, Multiple Sklerose und Lues cerebrospinalis. — Siegelken, Lumbalpunktion bei Encephalopathia saturnina. — Silbermark, Kojewnikoff, Kalischer, Fälle von Bulbärparalyse. — Riggs, Beschaffenheit des Rückenmarks bei perniciöser Anämie. — Finger, Zur Prophylaxe der Gonorrhoe. — Fabry, Behandlung des Lupus mit Transplantationen. — Fuchs, Initialsklerose am oberen Augenlid. — Watkins, Zur Technik der Ovariotomie. — Delbet, Abtragung der Uterusadnexe ohne Ligatur. — Steinthal, Operative Behandlung der Retroflexion.

J. Bohne, Ueber die Bedeutung der Retention von Chloriden im Organismus für die Entstehung urämischer und comatöser Zustände. Fortschr. d. Med. 1897, No. 4.

Bisher hat keine der chemischen Theorien von der Entstehung der Urämie dem Fortschritt der Wissenschaft Stand halten können. Die Erfahrungen, die nun über die krampferregenden Wirkungen grösserer Kochsalzdosen von verschiedenen Seiten (F. Blumenthal, Külz, Falck, Richet) gemacht wurden, veranlassten Verf., zunächst den Einfluss subkutan oder intraperitoneal injicirten Kochsalzes systematisch zu untersuchen. — Bei weissen Mäusen genügten schon relativ geringe Dosen, nämlich 0,05 g bei ca. 20 g Körpergewicht, d. h. ca. 2,5 g pro Kilo, klonische und tonische Zuckungen, abwechselnd mit comaähnlichen Zuständen, herabgesetzte Nervenerregbarkeit, besonders auch Beeinträchtigung der Atmung, in einzelnen Fällen den Tod herbeizuführen. Dasselbe fand sich bei Meerschweinchen,

denen ca. 0,5 NaCl (3 ccm einer 16—20proc. Lösung) subkutan beigebracht wurde.

Weiter wollte Vf. feststellen, ob in Erkrankungen, die mit urämischen Anfällen verlaufen oder doch comatöse, mit zeitweiser Erregung wechselnde Zustände darbieten, es zu einer Retention von Chloriden im Körper kommt. Die Einnahmen an Chloriden, die Ausgaben durch die Fäces wurden nicht bestimmt, erstere aus früheren Untersuchungen über den Gehalt der Charitékost an Chloriden berechnet. Es fand sich nun auffallend geringe Chlorausscheidung in einem mit Coma verlaufenden Falle von „Carcinoma vesicae seminalis", in einem Falle von chronischer Nephritis, von Debilitas cordis, die beide urämische Symptome zeigten. Dagegen eine normale Chlorausscheidung in zwei Fällen akuter Nephritis, einem von Diphtherie mit Albuminurie, die keinerlei urämische Zeichen boten.

Soll eine etwaige Chlorretention die comatösen Zustände bedingen, so müsste das Blut abnorm reich daran sein, was frühere Untersucher nicht fanden. Es kann aber möglicherweise eine Ablagerung von Chlorlden in einzelnen Zonen stattfinden. Deshalb verglich Verf. den Chlorgehalt der Leber eines an Coma carcinomatosum und eines an Urämie verstorbenen Falles mit dem dreier Lebern an anderen Krankheiten Verstorbener. In letzteren war der Gehalt an Chlor 0,06—0,08, in den ersteren beiden 0,225 bis 0,28 pCt., also ca. das Vierfache.

Verf. glaubt deshalb, dass man, wo eine längere Verminderung der Chlorausscheidung vorliegt, eine Chlorretention annehmen kann, und dass diese Retention, wenn auch nicht die einzige Ursache comatöser und urämischer Zustände abgiebt, doch bei ihrem Zustandekommen in hervorragendem Maasse beteiligt ist. A. Loewy.

W. Knöpfelmacher, Untersuchungen über das Fett im Säuglingsalter und über das Fettsklerem. Vorläufige Mitteilung. Wiener klin. Wochenschr. 1897, No. 10.

Langer hatte gezeigt, dass das Hautfett des Neugeborenen weniger Oelsäure enthält, als das des Erwachsenen, dass es daher leichter erstarrt, schon bei 36°, wo das Fett des Erwachsenen noch flüssig ist. So erklärt sich die eigentümliche Erscheinung, dass beim Fettsklerem, bei dem die Körpertemperatur unter 36° zu sinken pflegt, Haut und Unterhautfettgewebe starr, nicht eindrückbar und nicht faltbar sind.

Knöpfelmacher hat nun neue Untersuchungen über den Oelsäuregehalt des Fettes bei Menschen in verschiedenem Lebensalter angestellt, und zwar bediente er sich der Hühl'schen Jodadditionsmethode, die darauf beruht, dass Oelsäure bei Gegenwart von Quecksilberchlorid Jod bindet, nicht jedoch Palmitin- oder Stearinsäure. In einem Gemenge dieser Fettsäuren kann man also bei Titrirung mit Jod aus dem Jodverbrauch die Menge der Oelsäure berechnen.

Er fand andere Werte für die Oelsäure als Langer, aber doch die Thatsache bestätigt, dass das Fett des Neugeborenen weniger Oelsäure enthält (43,3 pCt.), als das eines älteren Kindes (65 pCt.); mit dem ersten Lebensjahre ist das Fett so ölsäurereich, wie bei Erwachsenen. Dem-

gemäss verhält sich auch der Schmelzpunkt des Fettes: bei zwei 7 Wochen alten Kindern war es 28 bezw. 30°, bei einem 6 Monate alten nur 25°. Daher kommt es auch, dass das Fettsklerem nur bei Kindern in den ersten Lebensmonaten zur Beobachtung kommt. A. Loewy.

Th. Lohnstein, Bemerkungen zu den urometrischen Untersuchungen des Herrn Dr. A. Jolles. Cbl. f. inn. Med. 1897, No. 12.

Gegenüber dem von Jolles (Cbl. f. inn. Med. 1897, No. 8) empfohlenen neuen Urometer weist Lohnstein darauf hin, dass trotz der vom Autor hervorgehobenen Verbesserungen gegenüber den gewöhnlichen Urometern deren Hauptmangel, die Unsicherheit der Ablesung infolge der Capillarität, nicht behoben sei. Diesem gegenüber fallen die angebrachten Verbesserungen nicht sehr ins Gewicht.

Die Konstruktion des von Jolles in derselben Arbeit angegebenen Urometers für geringe Harnmengen hält L. für theoretisch unrichtig. Das von Jolles benutzte Prinzip sei für Skalenaräometer nicht anwendbar, wie er durch mathematische Darlegungen zeigt.

Er empfiehlt das von ihm angegebene Gewichtsurometer, bei dem alle bei den übrigen Urometern bestehenden Mängel beseitigt sind.

A. Loewy.

A. Jaquet, Ueber klinische Hämoglobinbestimmungsmethoden. Corr.-Blatt f. Schweiz. Aerzte 1897, No. 5/6.

Nach Beschreibung der verschiedenen Hämoglobinbestimmungsmethoden im Allgemeinen, der chemischen (Eisenbestimmung, Messung der Sauerstoffcapacität), der spectrophotometrischen und der colorimetrischen, wendet sich Verf. speziell zu dem v. Fleischl'schen Apparate, dessen Vorzüge und Mängel er eingehend auseinandersetzt. — Miescher hat in seinen letzten Lebensjahren den Apparat zu verbessern gesucht und Verf. berichtet nun über die Aenderungen, die mit dem Apparate vorgenommen worden sind, und über die vielfältigen Kontrollbestimmungen zur Feststellung seiner Brauchbarkeit.

Die ungenaue Blutmessung durch Capillarpipette hat Miescher durch die genauere mittelst Mischpipette, wie sie zur Blutkörperchenzählung gebräuchlich ist, ersetzt. Die Kammer ist verkleinert und wird bei der Bestimmung mit einer Blende bedeckt, die nur einen schmalen und darum annähernd gleichartigen Lichtstreif hindurchlässt. Die Kammer hat eine ganz bestimmte Tiefe, da nicht bestimmte Blutquanta, sondern bestimmte Blutconcentrationen zur Untersuchung gelangen.

Aus den sehr zahlreichen, später mitzuteilenden Kontrollversuchen Veillons geht hervor, dass die Genauigkeit des Apparates durch Miescher's Verbesserungen ganz erheblich gewonnen hat. Die Fehlergrenze, die für einen alten Apparat 9,6 pCt. betrug, war für den neuen auf 1,4 pCt. herabgedrückt, so dass er der Hoppe-Seyler'schen Doppelpipette kaum etwas nachgiebt.

Der Apparat kann zugleich — und das ist ein weiterer Vorzug — auf absolute Hämoglobinwerte geaicht werden. Die Fehlergrenze betrug

nur 0,15—0,22 pCt. des Hämoglobingehalts des Blutes; die Genauigkeit wird also von dem Spectrophotometer kaum übertroffen.

A. Loewy.

H. H. Young, On the presence of nerves in tumors and of other structures in them as revealed by a modification of EHRLICH's method of „vital staining" with methylene blue. The Journ. of exp. med. 1897, January.

Verf. hat die modificirte Ehrlich'sche Methylenblau-Methode zur Untersuchung von Tumoren verwandt. Statt der Injektion intra vitam wurden möglichst kleine Geschwulststückchen unmittelbar nach der Exstirpation in verdünnte Methylenblau-Lösung gebracht. Die beste Mischung ist die folgende:

Frisches Eiweiss,
Physiologische Kochsalzlösung,
0,25 proc. wässerige Lösung von Chlorammon,
1 proc. wässerige Methylenblaulösung ana 10 ccm.

In dieser stets frisch bereiteten Lösung bleiben die auf Objektträger gebrachten Gewebsstücke 45 Minuten bis 2 Stunden, von Zeit zu Zeit unter dem Mikroskop kontrollirt. Alsdann kamen sie über Nacht in folgende fixirende eiskalte Bethe'sche Flüssigkeit:

Ammon. molybdat.	1,0
Aqu. destill.	10 ccm
Wasserstoffsuperoxyd	1 ccm
Acid. hydrochlor.	1 gtt.

Alsdann Waschen in fliessendem Wasser 1—2 Stunden, Entwässerung in kaltem absoluten Alkohol, Aufhellung in Xylol, Paraffin-Einbettung und Anfertigung von Serienschnitten, event. Differentialfärbung mit Cochenille-Alaun. Untersucht wurden 5 Carcinome, 3 Sarkome, 3 Myome, 1 Neurom und einmal Massen von Mycosis fungoides.

Was die Anwesenheit von Nerven in diesen Tumoren betrifft, so enthielten von den 10 Geschwülsten, die sich nicht von Nerven entwickelt hatten, 5 deutlich Nervenfasern, einige sogar in beträchtlicher Anzahl. Bei genauer Durchsuchung der Tumoren wurde der Procentgehalt der nervenhaltigen Geschwülste sicher ein noch grösserer sein. Bei den Sarkomen müssen diese Nervenfasern als ein integrirender Bestandteil der Tumoren angesehen werden; sie stehen vielleicht in Beziehung zum vasomotorischen System. Bei den Carcinomen ist es nicht unwahrscheinlich, dass normale Nervenfasern von den wuchernden Krebszellen eingeschlossen worden sind. Bei einem Myxom der linken Axilla liess sich die Abstammung von dem Endo- oder Perineurium eines kleinen subkutanen Nerven nachweisen, womit die starke Schmerzhaftigkeit des Tumors gut übereinstimmte.

Auch die Mastzellen lassen sich mit der Methylenblau-Methode im Innern von Sarkomen und Carcinomen in beträchtlicher Zahl in 2 Formen nachweisen; die eine Form mit langen Fortsätzen zeigt tiefblaue deutliche Granula, die andere, kleinere, zeigt eine diffuse Färbung des Protoplasmas. Die letzteren ähneln den sogenannten Plasmazellen. Auch einige rote Blut-

körperchen färben sich blau. Endlich lassen sich Zelleinschlüsse in den Sarkomen nachweisen, dunkelblaue Körper vom allerkleinsten Körnchen bis zu einem Drittel der Grösse des Zellkerns, 3–5 in einer Zelle, einige vakuolisirt. Vereinzelt liegen sie auch extracellulär. Mit den Russel'schen Fuchsinkörpern oder den Eleidin Granula haben sie nichts zu thun. Ob sie präformirte Gebilde oder Niederschläge von Nucleoalbuminen, durch die Färbung verursacht, sind, steht dahin. Es finden sich dann noch lange, feine Fibrillen in Krebsen und Sarkomen, deren Deutung noch aussteht.

M. Rothmann.

J. B. Walker, Rupture of the quadriceps extensor muscle and its tendon above and below the patella. An analysis of 255 cases with reference to treatment and results. Amer. journ. of the med. scienc. 1896, June. p. 638.

Von den vom Verf. gesammelten 255 einschlägigen Fällen waren 115 sog. Zerreissungen des Tendo des Quadriceps, indem hier die Continuitätstrennung oberhalb der Patella stattgehabt, während bei den übrigen 140 die sogen. Ruptura ligamenti patellae — Zerreissung der Sehne unterhalb der Patella — vorlag. In der grossen Mehrzahl der Fälle war die Ruptur — mochte sie oberhalb oder unterhalb der Patella stattgefunden haben — eine vollständige mit gänzlicher Aufhebung der Funktion; nur bei wenigen war die Ruptur unvollständig und nicht von Funktionsstörung begleitet. Ihre Ursache war oft eine indirekte, durch Ausgleiten oder Fall bedingt; die meisten Verletzten standen im Alter von 40—50 Jahren. Der Sitz der Verletzung ist am häufigsten nahe dem Ansatz der Sehne an die Patella oder Tuberos. tibiae. In frischen Fällen findet man eine ihr entsprechende Depression bei freier als de norma beweglicher Patella. Die Dehiscenz ist grösser bei Flexion, als bei Extension, im Ganzen beträgt sie weniger als $1^1/_2$". Für die rein mechanische Behandlung ergaben sich bei Ruptur der Sehne des Quadriceps 70 pCt. völlige Heilungen, und zwar heilten 18 pCt. in 3, 31 pCt. in 6 und 50 pCt. in 12 Monaten. Für die Zerreissungen des Lig. patellae lauten bei einer Gesammtziffer der Genesungen diese Zahlen 7, resp. 33 und 63 pCt. Die operative Therapie zeigte für die Ruptur der Quadricepssehne 90 pCt. völlige Heilungen, unter diesen 56 pCt. in 3 und 100 pCt. in 6 Monaten Geheilte. Bei der Ruptur des Lig. pat. genasen durch Operation 80 pCt., davon 50 pCt. in 3, 100 pCt. in 6 Monaten. Im Ganzen erhellt für die mechanische Behandlung, dass 72,5 pCt. völlig genasen, davon 12,5 pCt. in 3 und 32 pCt. in 6 Monaten; für die Operation, durch welche im Ganzen 86 pCt. genasen, lauten diese letzteren Zahlen 50 und 100 pCt.: also Uebergewicht der Operation bezüglich der Heilungsziffer und der Kürze der Behandlungsdauer. Die Operation sollte aber nur dem aseptisch geschulten Arzt vorbehalten bleiben, doch muss auch dieser auf Alter und Rüstigkeit des Verletzten Rücksicht nehmen. Zur Naht kann man Catgut, Känguru-Sehne und Seidenwurmdarm nehmen, nur bei starkem Bluterguss ist zu drainiren. Als dringende Operationsanzeichen müssen ein Auseinanderweichen der Sehnenenden um mehr als $1^1/_2$" sowie Misslingen der mechanischen Behandlung gelten. P. Güterbock.

Gersuny, Subkutane Zerreissung der Achilles-Sehne. Wien. med. Wochenschrift 1896, No. 39.

Von 4 Fällen Verf.'s kamen 2 frisch zur Beobachtung und wurde der Fuss in beiden in Spitzfussstellung fixirt. In einem erfolgte Heilung mit Verlängerung der Sehne, und nach und nach durch Tragen eines Stiefels mit einem Absatz von allmählich abnehmender Höhe. — Bei Heilung mit grosser Diastase der Sehnenstümpfe empfiehlt Verf. die Sehnennaht, durch welche die Behandlung sehr abgekürzt wurde. Die Naht wäre in drei bis vier Wochen zu entfernen, die Atrophie der Wadenmuskeln aber bereits in 8 Tagen so vorgerückt, um bei rechtwinkelig fixirtem Fuss Deambulation zu gestatten, ohne die Heilung zu stören. P. Güterbock.

M. W. af Schultén, Eine Methode, um Knochenhöhlen im Femur und im Humerus durch plastische Operation auszufüllen. Arch. f. klin. Chir. 1897. LIV. (2.) S. 328.

Die Methode Verf.'s zerfällt in 2 Akte. Im ersten wird die Sequestrotomie und eine radikale Evacuation des Krankheitsherdes vorgenommen; dazu bedarf es häufig sehr grosser Schnitte; man darf die Operation nicht eher beendigen, als bis man an der Grenze völlig normalen Knochen findet. Die Höhle wird dann mit Jodoformgaze tamponirt. In der zweiten Sitzung, 3—4 Wochen nach der ersten, wird die Knochenplastik vorgenommen. Die Höhle wird mit dem scharfen Löffel zunächst von ihren Granulationen befreit, dann die Haut in der Umgebung von der Fascie abpräparirt; nun wird ein zungenförmiger Muskelperiostlappen umschnitten, in die Knochenhöhle hineingeklappt und hier mit einigen Catgutnähten befestigt. — Der Lappen kann an der Aussen- oder Innenseite der Höhle umschnitten werden; seine Basis kann oben oder unten liegen. Ist die Knochenhöhle sehr lang, dann werden 2 Lappen gebildet, der eine auf der Innen-, der andere auf der Aussenseite der Höhle, entweder mit gleich gerichteter oder entgegengesetzter Basis; ehe die Lappen hineingeschlagen werden, muss die Blutstillung eine vollkommene sein (event. tamponiren und 24 Stunden warten).

Sch. hat seine Methode bereits an 30 Fällen mit gutem Erfolge ausgeführt. Borchardt.

Graff, Zur Casuistik später Folgen verschluckter Fremdkörper. Mitteilungen aus d. Hamb. Staatskrankenanst. 1897. I. (1.)

G. teilt 4 Fälle mit, in denen das Verschlucken von Fremdkörpern erst sehr spät zu bedenklichen Folgen geführt. Im ersten Falle hatte eine Nadel 30 Jahre im Darmkanal gelegen, hatte dann das Ileum perforirt, zu Verlötung der Därme und multipler Abscessbildung in der Coecalgegend geführt; die betreffende Patientin kam mit Ileussymptomen in Behandlung; die Eröffnung eines Abscesses konnte sie nicht retten. Im zweiten Falle hatte eine im Appendix gelegene Nadel zur Appendicitis, Peritonitis und Leberabscessen geführt. Im dritten entstand 4 Jahre nach Verschlucken einer Nadel ein paratyphlitischer Abscess; im Eiter fand sich ein Kotstein, der sich um die Nadel herum gebildet hatte. Der vierte Kranke endlich

kam wegen eines Tumors in der rechten Bauchseite in Behandlung; die Geschwulst bestand aus miteinander verlöteten Dünndarmschlingen; in einer derselben steckte eine Häkelnadel, welche der geisteskranke Mann wahrscheinlich zwei Jahre zuvor verschluckt hatte. Fall 3 und 4 wurden geheilt. M. Borchardt.

Sudeck, Ueber primäre, durch Ureter und Nierenbeckenstrikturen bedingte Hydronephrosen. Mitteil. aus d. Hamb. Staatskrankenanst. 1897. I. (1.)

S. hat 4 Fälle primärer Hydronephrosen, d. h. solcher, welche durch Veränderungen der Ureterwand selbst entstanden waren, beobachtet. Die mikroskopische Untersuchung der Strikturstellen ergab, dass es sich in drei Fällen sicher um erworbene Verengerungen, im 4. wahrscheinlich um eine solche handelte; für diese Auffassung sprach die Aenderung der Qualität der Ureterwand, das Fehlen des Epithelbelags, das Auftreten von elastischen Fasern etc. Die Ursache für diese Veränderungen sieht Vf. in einer Pyelitis.

M. Borchardt.

Niedermayr, Riss des Gaumensegels durch Trauma. Wien. med. Bl. 1897, No. 25.

Ein bemerkenswerter Fall, weil die hinteren Gebilde der Mundhöhle selten verletzt werden, trotz der üblen Gewohnheit der Kinder, mit Spielzeug im Munde herumzulaufen. Ein 5jähr. Knabe fiel mit einer Holztrompete im Munde eine Treppe herab und verletzte sich das Gaumensegel in der Weise, dass sich in demselben ein $1^1/_2$ cm langer, die ganze Dicke durchtrennender Riss knapp über dem Zäpfchen rechts von der Mittellinie mit stumpfen Rändern fand. Keine Blutung, keine Sprachstörung, starker Schlingschmerz. Am nächsten Tage ist die Wunde grau-gelb belegt, nach 3 Tagen grösstenteils verklebt, nach 8 Tagen vollkommen, nach weiteren 8 Tagen mit weisslicher Narbe verheilt. Therapie: Gurgelungen mit Kal. hypermangan.

(Ref. sah 2mal die gleichen Verletzungen bei Kindern, einmal durch einen Federhalter, einmal durch eine Trompete bedingt, merkwürdigerweise genau an der vom Verf. erwähnten Stelle. Heilung in ca. 14 Tagen nach Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd.) W. Lublinski.

Flügge, Ueber Luftinfektion. Zeitschr. f. Hyg. 1897. XXV. (1.) S. 179.

In der vorliegenden Arbeit teilt F. die Resultate vieler, seit Jahren in seinem Institute angestellter Experimente mit und bringt neue Gesichtspunkte für die Uebertragung der Infektionskrankheiten. Es ist festgestellt worden, dass durch Luftströme von etwa 4 m Geschwindigkeit von Flüssigkeiten feinste Tröpfchen abgelöst werden, welche Träger von Bakterien sein können. Sind dagegen die Keime an festen Körpern angetrocknet, so sind, falls nicht eine Verstäubung stattfindet, Luftströme bis zu 60 m erforderlich, um ein Losreissen der Keime zu veraulassen. Sind aber einmal keimhaltige Stäubchen oder Tröpfchen in der Luft suspendirt, so können diese durch minimale Luftbewegungen auf erhebliche Strecken transportirt werden. Eine horizontale Fortbewegung schwebender keimhaltiger Stäubchen

und auch Bläschen kommt noch durch Luftströme von 0.2 mm zu stande, eine Aufwärtsbewegung um geringe Strecken durch wenig erheblichere Luftströme. Wie gering diese Luftströme sind, erhellt daraus, dass wir bei gewöhnlicher Temperatur Luftströme von 8—10 cm, bei niederer Temperatur solche von 4 cm eben noch wahrnehmen. Es bestehen dann auch in jedem Zimmer, gleichgültig ob dasselbe künstlich ventilirt ist oder nicht, Luftströme, welche keimhaltige Stäubchen oder Bläschen in kurzer Zeit durch den ganzen Raum verbreiten.

Derartige feinste Bläschen werden im gewöhnlichen Leben hauptsächlich beim Sprechen, Husten, Niesen etc. producirt. Vermittelst dieser Bläschen können auch die Keime von Infektionskrankheiten, welche ein Austrocknen nicht aushalten, übertragen werden, so Tuberkelbacillen, Pneumococcen, Influenzabacillen. Man wird die Luftinfektion durch flüchtige Contagien vielfach auf eine Uebertragung mittelst Bläschen zurückzuführen haben. Diese Luftinfektion mittelst Tröpfchen ist aber nicht identisch mit dem, was man früher als Flüchtigkeit des Contagiums bezeichnet hat, sie bietet auch bei Weitem nicht die spezifischen Gefahren, wie die Uebertragung durch Stäubchen. Eine Infektion durch Bläschen wird fast nur in geschlossenen Räumen und in nächster Nähe des Kranken vorkommen. Hört die Aussaat der Tröpfchen auf, so werden diese in wenigen Stunden aus der Luft des Zimmers ausgeschieden, sie kommen mit den Wänden, Möbeln oder anderen Flächen in Berührung und trocknen an dieselben fest an. Sind sie einmal angetrocknet, so können sie durch gewöhnliche Luftströme nicht mehr abgerissen werden.

Anders verhält es sich mit den Krankheitserregern, welche einer so starken Austrocknung widerstehen, dass sie mit feinsten Stäubchen verbreitet werden. Diese Stäubchen werden, wenn sie sich auch absetzen, durch die leisesten Luftströme wieder aufgewirbelt und weitergetragen. Auf diese Weise, die eigentliche Uebertragung durch ein flüchtiges Contagium, werden die akuten Exantheme verbreitet.

Inwieweit etwa bei den Wundinfektionskrankheiten ebenfalls die Luftinfektion angeschuldigt werden kann, muss noch näher untersucht werden. Thatsache ist, dass viele Menschen bereits in voller Gesundheit, alle bei leichter katarrhalischer Affektion virulente Streptococcen, Staphylococcen und Pneumococcen auf der Nasenschleimhaut haben, von wo dieselben durch Sprechen, Niesen, Husten in die Luft verbreitet werden.

H. Bischoff.

Husemann, Vergiftung und Bäcillenübertragung durch Austern und deren medicinalpolizeiliche Bedeutung. Wien. med. Bl. 1897, No. 24—28.

H. bespricht die in der Litteratur beschriebenen Erkrankungen, welche auf den Genuss von Austern zurückgeführt worden sind. Neben der selten vorkommenden paralytischen Form, welche nach Art der Mytilotoxinvergiftung verläuft und auf den Genuss von Toxinen zurückgeführt werden muss, interessiren besonders die gastroenteritischen Erkrankungen. Dieselben treten meist in Form der Cholerine auf und dürften durch Colibakterien bedingt sein. Daneben sind aber häufig Erkrankungen an Abdominaltyphus nach dem Genuss von Austern beobachtet worden. Die

Austern nehmen diese pathogenen Bakterien in den Austernparks auf, welche besonders in England vielfach so angelegt sind, dass sie von Fäkalien verunreinigt werden, indem die Kanäle meist in der Nähe der Austernparks münden. Abgesehen von der paralytischen Form könnte man sich gegen die Erkrankungen nach Austerngenuss dadurch sicher schützen, dass die Austern lediglich gekocht verzehrt würden. Das würde aber vielfach auf Widerspruch stossen. Es muss daher gefordert werden, dass die Austernparks vollkommen infektionssicher angelegt werden. Die Bakterien halten und vermehren sich besonders in der Austernflüssigkeit, weswegen besonders vor deren Genuss gewarnt werden muss. H. Bischoff.

Dietrich, Mehrere Fälle von echten Pocken und einige sich daran anschliessende Beobachtungen über die Ansteckungsgefahr bei Pocken und über die Immunität der Geimpften. Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 29.

D. hat bei Arbeitern, welche aus Russisch-Polen stammten, Pockenfälle beobachtet und daran weitere Erkrankungen sich anschliessen sehen. Bei dem Arbeiter, welcher zuerst erkrankte, wurde von dem behandelnden Arzte die Diagnose auf Windpocken gestellt. Da es nach D.'s Erfahrungen häufiger vorkommt, dass leicht verlaufende Erkrankungen an Variola als Windpocken bezeichnet werden, da eine grosse Anzahl Aerzte zur Zeit echte Pocken gar nicht kennt, so verlangt D., es solle auch bei Windpocken, zumal wenn Erwachsene davon befallen werden, die Anzeigepflicht eingeführt werden und die nämlichen prophylactischen Massnahmen platzgreifen, bis die Diagnose vollkommen sicher steht. Mehrmals konnte D. die Uebertragung durch Mittelspersonen, welche nicht erkrankten, feststellen, dass, wie auch sonst angenommen wird, der Impfschutz infolge der Vaccination im ersten Lebensjahre etwa bis zum 12. Jahre anhält. Treten bei Geimpften Erkrankungen an Pocken auf, so verlaufen diese um so gelinder, je weniger Zeit seit der letzten Impfung verflossen ist. Bei den vielen Angriffen, welche die Schutzimpfung erfährt, rät D., recht sorgsam beim Impfen umzugehen und die erfolgreiche Impfung bei Erstimpflingen, wo nur eine Pustel angegangen ist, nur nach vorgenommener Autorevaccination oder nach einer Wiederholung der Impfung im folgenden Jahre zu bestätigen. Letzteres hält D. für sicherer, da er bei vorgenommener Autorevaccination nie eine neue Pustel angehen sah, wohl aber bei 40 pCt. derjenigen, welche im nächsten Jahre nochmals geimpft wurden.

H. Bischoff.

C. M. O'Brien, Acute poisoning and death from drinking linimentum belladonnae in mistake for scotch whisky. Lancet 1896, No. 3820.

Der Fall betrifft einen kräftigen 28jährigen Mann, der aus Versehen eine kolossale Menge (über 2 Unze) Linimentum Belladonnae, B. P., genommen hatte. Die Vergiftungserscheinungen waren die bekannten: maximale Pupillenerweiterung, auf Lichteinfall kein Reflex, tiefes Coma, stertoröses Atmen, Puls stark beschleunigt und klein, Gesicht gerötet, Extremitäten kalt, zahlreiche Krampfanfälle. Nach Verlauf von ca. 18 Stunden

Digitized by Google

trat der Tod ein. Bemerkenswert an dem Fall ist das vollständige Versagen des als Antidot angewandten Morphiums; es sollten alle 20 Minuten 0,015 Morphium subkutan injicirt werden; aber schon nach der zweiten Einspritzung traten so bedrohliche Erscheinungen von Seiten des Herzens und der Atmung auf, dass schleunigst zu Stimulantien gegriffen werden musste. K. Kronthal.

E. Müller, Vorkommen von Diphtheriebacillen in der Mundhöhle. (Aus der Klinik für Kinderkrankheiten an der Universität Berlin.) Jahrb. f. Kinderheilk. XLIII. S. 54.

Verf. hat durch 5 Monate die Mundhöhle sämmtlicher Kinder, welche auf den Mädchensaal der inneren Kinderabteilung eingeliefert wurden, auf das Vorhandensein von Diphtheriebacillen untersucht. Sämmtliche Kinder der Untersuchungsreihe waren frei von Belägen, zum Mindesten bei Beginn der Untersuchung. Die Untersuchungen wurden unmittelbar nach der Aufnahme des Kindes, an den beiden folgenden Tagen und dann in Abständen von je 3—4 Tagen während der ganzen Dauer des Aufenthalts auf der Abteilung vorgenommen; es wurden Kulturen angelegt und Tierversuche gemacht. — Unter 100 Kindern mit anscheinend gesunder Mundhöhle beherbergten 24 Diphtheriebacillen in derselben. Bei 4 von diesen 24 Fällen ist es unsicher, ob die Kinder die Diphtheriebacillen schon vor der Einlieferung in das Krankenhaus hatten. Von den übrigen 20 Kindern hatten 6 schon bei der ersten Aufnahme Diphtheriebacillen — sie hatten dieselben also in das Krankenhaus mitgebracht —, 14 waren erst im Saale infiziert worden. Der Zeitpunkt der Ansteckung nach der Aufnahme war ein sehr schwankender, 4 Tage bis mehrere Wochen. Die Kinder beherbergten die Diphtheriebacillen oft Wochen lang im Munde, ja in einem Falle sogar $2^1/_2$ Monate — und in diesem Falle voll virulente —, ohne irgend welche Krankheitssymptome aufzuweisen. In einem Falle entwickelte sich ein über Wochen hinaus ausgedehnter croupöser Husten mit stenotischen Anfällen, welcher, der Art seines Auftretens und dem Verlaufe nach, eher als Pseudocroup aufzufassen war, trotz der Anwesenheit von echten Diphtheriebacillen. — Unter den 6 Kindern, welche die Diphtheriebacillen von aussen mitgebracht hatten, waren 5, die selbst weder je diphtheriekrank gewesen waren, noch aus diphtheriekranken Familien stammten. Dieses häufige Vorkommen von Diphtheriebacillen im Munde gesunder Kinder beweist, dass die persönliche Immunität bei dem Schutze gegen die Infektion die Hauptrolle spielt. Sodann verdienen die Ergebnisse der Untersuchung mit Rücksicht auf die Prophylaxe Beachtung, da empfängliche Personen von den anscheinend gesunden infiziert werden können.

Stadthagen.

E. Ratjen, Ulcus ventriculi ausschliesslich mit Rectalernährung behandelt. D. med. Wochenschr. 1896, No. 52.

R. behandelt das Ulcus ventriculi, indem er von der Einnahme medikamentärer Mittel völlig absieht und nur Bettruhe, heisse Breiumschläge und die Ernährung per rectum anwendet. Er stellt auf diese Weise die günstigsten Bedingungen zur Heilung des Magengeschwüres her, indem der

Magen, nicht durch die Ingesta gedehnt, sich verkleinern kann und die Anätzung der Geschwürsfläche durch Salzsäure wahrscheinlich gänzlich aufgehoben wird. Daneben wird auch die vom Antrum pylori ausgehende Fortbewegung nach Möglichkeit eingeschränkt.

Auf die oben genannte Weise wurden 55 Ulcuskranke behandelt, davon waren 53 weibliche, 2 männliche. Die meisten befanden sich in einem Alter von 15—30 Jahren, je einer von 31, 35, 36 und 47 Jahren. Für die Rectalernährung wurden nach Boas 250 g Milch, 2 Eigelb, 1 Messerspitze Kochsalz, 1 Esslöffel Rotwein, 1 Esslöffel Kraftmehl angewendet. Dreimal am Tage wurde ein solches Klysma eingebracht; dasselbe wurde meistens gut behalten. Trat keine spontane Entleerung des Morgens ein, so wurde regelmässig ein Reinigungsklysma verordnet. Die Gewichtsverluste der Kranken betrugen während einer Kurdauer von 10 Tagen durchschnittlich $6^1/_2$ Pfund. C. Rosenthal.

Allina, Ein Fall von Pankreasnekrose. Wien. klin. Wochenschrift 1896, No. 45.

Ein Mann, der früher stets gesund gewesen sein wollte, wurde mit den Erscheinungen eines Ileus in das Krankenhaus gebracht: das Abdomen ist aufgetrieben, unterhalb des Nabels auch schmerzhaft. Stuhlgang erfolgte auch bei Anwendung hoher Irrigationen nicht. Es bestand häufiges Erbrechen, öfters auch Kotbrechen. Man entschloss sich auf Grund dieses Krankheitsbildes zur Ausführung der Probelaparotomie. Bei derselben entleerten sich sofort ca. 5 Esslöffel voll einer trüben Flüssigkeit, die Därme zeigten sich überall collabirt und eine Ursache für die obengenannten Erscheinungen konnte nirgends entdeckt werden. Nach Drainirung der Wunde wurde die Bauchhöhle geschlossen. Die Erscheinungen dauerten fort und der Kranke starb im Collaps.

Bei der Obduktion wurde folgender Befund festgestellt: Pancreatitis haemorrhagica cum necrosi et haemorrhagia textus cellulosi mesenterii, Peritonitis diffusa haemorrhagica ichorosa. Auffällig ist bei diesem Falle ganz besonders das Fehlen des Zuckers im Urin, welcher weder diesen, noch auch Eiweiss, noch Indican enthielt. C. Rosenthal.

R. Cassirer, Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen multipler Sklerose und Lues cerebrospinalis. D. med. Wochenschr. 1896, No. 43.

C. teilt drei einschlägige Fälle mit, in denen die Differentialdiagnose zwischen der cerebrospinalen Syphilis und der multiplen Sklerose besondere Schwierigkeiten bot, zumal die Entwicklung sklerotischer Plaques aus ursprünglichen disseminirten encephalomyelitischen Herden zugestanden werden muss. In pathologisch-anatomischer Hinsicht zeigen die syphilitischen Herde zum Unterschied von der multiplen Sklerose neben Bindegewebshyperplasie eine beträchtliche Degeneration auch der Axencylinder, ferner sekundäre Degeneration, keine scharfe Begrenzung der Herde, käsige Erweichungen in denselben u. s. w. Klinisch liegt die Verwechslung dadurch nahe, dass beide Affektionen erhebliche Besserungen und Remissionen und einen schwankenden, oscillirenden Verlauf aufweisen können. Ausserdem

kommen bei der multiplen Sklerose wie bei der Syphilis akute, apoplectiform einsetzende Hemiplegien vor, Sensibilitätsstörungen flüchtiger Natur, vorübergehende Bewusstseinstrübungen, passagere Demenz und Verwirrtheit, Augenmuskellähmungen mannigfacher Art; während jedoch Doppelsehen und Pupillendifferenz ein häufiges Symptom bei der multiplen Sklerose ist, ist die Pupillenstarre bei derselben sehr selten (nur einmal von Uthoff beschrieben). Die ophthalmoskopischen Störungen sind bei der Syphilis häufiger und ausgeprägter; bei der multiplen Sklerose sind die hemianopischen Störungen selten, der ophthalmoskopische Befund ist oft gering oder negativ, trotz Fortdauer der Sehstörung, die Neuritis optica ist sehr selten, die Stauungspapille kommt hier fast gar nicht vor (bei Syphilis in 14 pCt. der Fälle). Die einfache atrophische, weisse Verfärbung der Pupille kommt bei beiden Affektionen vor; während ausgeprägte, dauernde Augenmuskellähmung bei der Sklerose selten sind, ist eine Einschränkung der Augenbewegungen nicht selten. Nystagmus geringen Grades kommt auch bei Syphilis vor. Das centrale Scotom (absolut für rot und grün) bei freier Peripherie ist bei Sklerose sehr häufig, bei Syphilis seltener; bei beiden Affektionen können die Augenstörungen rapide oder allmählich auftreten und lange den anderen Störungen vorausgehen. — Passagere Parästhesien und Harnbeschwerden können bei beiden Affektionen auftreten, ebenso wie die Spontanremissionen. Das die aktiven Bewegungen begleitende Wackeln (Intentionstremor) fehlt nur selten bei der Sklerose und ist bei Lues ebenso selten, wie eine ausgeprägte scandirende Sprache. In vielen Fällen ist eine sichere Differentialdiagnose nicht zu stellen. Es ist auch nicht völlig auszuschliessen, dass auf dem Boden der Lues die multiple Sklerose entsteht und somit die Symptome beider Krankheiten zu gleicher Zeit bei denselben Individuen vorkommen. S. Kalischer.

Seegelken, Lumbalpunktion als therapeutischer Eingriff bei Encephalopathia saturnina. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 47.

Verf. berichtet über einen Fall von Encephalopathia saturnina, der durch die Spinalpunktion anscheinend günstig beeinflusst worden ist. Bei dem comatösen Kranken wurden 60 ccm Cerebrospinalflüssigkeit entleert. Dieselbe reagirte alkalisch, hatte 1008 g spezifisches Gewicht und wies unter dem Mikroskop nur spärlich Leukocyten und Endothelzellen auf. Die Flüssigkeit floss zuerst (25 ccm) klar ab und später leicht getrübt; sie entleerte sich unter einem Druck von 310 mm im Beginn und von 80 mm Wasser am Ende.

S. vermutet, dass die klare Flüssigkeit aus dem Subarachnoidealraum des intakten Rückenmarks stammt, die getrübte hingegen aus dem Gehirn und seinem leicht entzündlichen Zustande.

Der Fall stützt die Auffassung derjenigen Autoren, welche die Ursache des Comas und der Konvulsionen bei der chronischen Bleivergiftung in dem Hirnödem suchen. S. Kalischer.

---

1) **M. Silbermark,** Ein Fall von asthenischer Bulbärparalyse. Wien. klin. Rundschau 1896, No. 45/46.

2) **A. Kojewnikoff,** Zwei Fälle von asthenischer Bulbärparalyse. Deutsche Zeitschr. f. Nervenhlk. 1896. IX. (3/4.)

3) **S. Kalischer,** Zur Casuistik der asthenischen (Bulbär-) Paralyse oder Myasthenia pseudo-paralytica. Ebenda. X.

1) S. vermehrt die Casuistik der oben genannten Krankheitsform um einen neuen Fall aus der Nothnagel'schen Klinik. Derselbe betrifft eine 34jährige Köchin, welche ohne bestimmtes ätiologisches Moment Dezember 1894 eine Schwäche der Finger zeigte. Ende Mai 1895 gesellte sich dazu eine Schwäche und rasche Ermüdung der oberen und unteren Extremitäten; Herbst 1895 folgten Augenstörungen, Kau- und Schluckbeschwerden, und Januar 1896 eine Gesichtslähmung. Die Erscheinungen waren dem Wechsel sehr unterworfen. Auffallend war in dem Falle der Beginn mit Schwäche und Ermüdbarkeit in den Fingern und Extremitäten, während die bulbärparalytischen Erscheinungen beinahe ein Jahr später erst auftraten. Auch bestand links eine konstante Facialispare, während die andern Gesichts-, Sprech-, Kau- und Schluckmuskeln nur eine schnelle Erschöpfbarkeit aufwiesen. Es sind ferner hervorzuheben: ziehende Schmerzen im Hinterkopf, Nacken und Rücken, die fast andauernd vorhanden waren.

2) K. beschreibt zwei neue Fälle von asthenischer Bulbärparalyse, die im grossen Ganzen die typischen Erscheinungen aufweisen (Wechsel der Symptome, Ermüdbarkeit der Muskeln, myasthenische Reaktion, Beteiligung bulbärer, spinaler Centren resp. Muskeln u. s. w.). Im ersten Fall kommt ätiologisch Kälte und Alkoholmissbrauch in Betracht; die Remission hielt einmal ein Jahr an, mehrfach trat Erstickungsgefahr auf und der Tod erfolgte ziemlich plötzlich, wahrscheinlich infolge einer Respirationslähmung. — Im zweiten Fall (17jähriges Mädchen) war das Sehvermögen und der Geschmack in ähnlicher Weise, wie die motorischen Funktionen mitbetroffen. Neben einer konstanten Herabsetzung der Sehschärfe fand sich eine übergrosse Ermüdbarkeit der Netzhaut mit rasch auftretender Einengung des Gesichtsfelds. Ebenso war der Geschmacksapparat auffallend schnell ermüdbar. Auf eine hysterische Basis konnten diese sensorischen Störungen nicht zurückgeführt werden; ihr Grad, ihre Art und Isolirtheit sprachen auch dagegen. Ferner erstreckte sich in diesem Falle die Ermüdbarkeit nicht nur auf die äusseren Augenmuskeln, sondern auch auf die inneren, Sphincter iridis und Musculus ciliaris. Endlich waren auffallend eine degenerative Atrophie der Zungenmuskulatur und der Muskeln des weichen Gaumens mit Verlust der elektrischen Reaktion resp. EaR. Diese Atrophie sucht K. dadurch zu erklären, dass der krankhafte Prozess hier in den verschiedenen Centren graduell verschieden stark sei und stellenweise zu palpablen Läsionen führen könne. Eine zeitweilige Melliturie im Verlauf der Krankheit wird auf Affektion des verlängerten Marks zurückzuführen gesucht.

Die Therapie erwies sich im grossen Ganzen machtlos, das Schluckvermögen besserte sich meist bald, so dass von der Sondenfütterung abge

sehen werden konnte. Der Wechsel der Erscheinungen und spontan auftretende Remissionen und Exacerbationen traten auch hier hervor.

S. Kalischer.

3) Die 47 Jahre alte Frau erkrankte $1^1/_4$ Jahr vorher plötzlich an Luftmangel, Spannung und Schwäche im Nacken, Kopf und Augenlider sanken herab, die Sprache versagte, Kauen und Schlingen wurden ihr schwer, auch die Gliederbewegungen waren schwach, bezw. unausführbar. Solcher Anfälle gab es mehrere in Pausen von Wochen bis Monaten und von verschiedener Dauer. Die Kranke erholte sich in längerer oder kürzerer Zeit davon.

Der Verf. kommt auf Grund einer längeren Beobachtung der Kranken nach welcher dargethan wurde, dass die einzelnen Symptome grossen Schwankungen unterworfen waren, dass der Grad der Ermüdbarkeit, der Schwäche und Lähmung einem raschen Wechsel unterlag, zu dem Resultat, dass der Fall dem Krankheitsbilde, wie es Erb und Goldflam beschrieben, haben und von dem er selbst schon mehrere Fälle veröffentlicht hat, zuzurechnen sei. Als besonders typisch erwähnt er das akute oder subakute Einsetzen der Lähmung in symmetrischer Form in den bulbären Gebieten (Augen, Kauen, Schlingen, Sprechen), aber auch an Nacken-, Rumpf- und Gliedermuskeln unter zeitweiliger Beteiligung der Gesichtsmuskeln, die Abwesenheit von EaR, die Anwesenheit der myasthenischen Reaktion, den Mangel psychischer, cerebraler, sensibler und amyotrophischer Störungen; der anatomische Befund bei ähnlichen Fällen war bisher teils negativ, teils positiv. Die Eigenartigkeit der klinischen Erscheinungen lässt das plausibel erscheinen.

M. Brasch.

C. E. Riggs, The spinal cord in a case of pernicious anaemia. Internat. med. magaz. 1896, No. 8.

Die 45jährige Patientin litt an Paraplegie und Abstumpfung der Sensibilität an den Beinen, sie hatte lebhafte Patellarreflexe, keine Zeichen von Tabes, die Hautreflexe waren fast alle vermindert oder verschwunden, die Untersuchung des Blutes ergab die Zeichen der perniciösen Anämie. Mikroskopisch wurde eine Nekrose im Kleinhirn rechts, wo es auf dem Felsenbein aufruht und eine Blutung im mittleren Dorsalmark gefunden.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass im Rückenmark in sehr variabler Längen- und Breitenausdehnung die Pyramiden-, die KIS-Bahn, die Hinterstränge, die Lissauer'schen Felder Degenerationen enthielten. Die graue Substanz war wohlbehalten. Die Arterien wiesen endotheliale Wucherungen auf. Die Degenerationen waren weder systematische, noch waren sie abhängig von der spinalen Blutung, sie schienen eher vasculösen Ursprungs zu sein, wie dies auch schon Nonne für mehrere Fälle nachweisen zu können glaubte.

M. Brasch.

E. Finger, Der Gonococcus und die öffentliche Prophylaxis der Gonorrhoe. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 3.

Verfasser verlangt, dass an Stelle der bisher üblichen rein klinischen Untersuchungsmethode der Prostitnirten eine Untersuchung der Sekrete auf

Gonococcen gesetzt werde. Denn einerseits sei vielfach nachgewiesen worden, dass nicht selten Weiber, bei denen auch die sorgfältigste klinische Untersuchung keine Krankeitserscheinungen zu finden vermag, doch in ihren Genitalien oder in der Urethra Gonococcen beherbergen und deshalb eine Quelle gonorrhoischer Infektion bilden, andererseits komme es auch häufig genug vor, dass mit pseudo- oder post-gonorrhoischen, nicht infektiösen Affektionen behaftete Prostituirte überflüssigerweise dem Hospital überwiesen werden, wo sie unnötige Kosten verursachen. Eine sichere Diagnose der Gonorrhoe lasse sich eben nicht aus den klinischen Symptomen allein, sondern nur durch den Nachweis der Gonococcen stellen.

H. Müller.

J. Fabry, Ueber die Behandlung des Lupus vulgaris, mit besonderer Berücksichtigung der Thiersch'schen Transplantationsmethode. Archiv für Dermatol. und Syphilis. XXXIX. S. 355.

Vf. hat mit der Excision des Lupus und nachfolgender Thiersch'scher Transplantation sehr gute Erfolge erzielt; er teilt eine grössere Zahl so behandelter Fälle mit und beschreibt eingehend die von ihm geübte Technik der Operation. Nach gründlicher Desinfektion des Terrains wird die Excision nach dem Grundsatze ausgeführt, alles irgendwie Verdächtige, auch auf die Gefahr eines kosmetisch weniger guten Resultates hin, zu entfernen. Die im Gesichte meist sehr heftige Blutung stillt F. nicht durch Unterbindungen, sondern indem er die grösseren Gefässe torquirt, worauf er einen Jodoformgaze-Kompressionsverband anlegt. Nach 3 bis 4 Tagen wird dieser in Narkose wieder entfernt und die Transplantation gemacht. Die vom Oberarm oder Oberschenkel genommenen, möglichst grossen und dünnen Epidermislappen werden so aufgelegt, dass sie, sich dachziegelförmig deckend, auch auf die gesunde Haut übergreifen und durch leichten Druck mit Kochsalzkompressen der Unterlage sorgsam adaptirt. Hierauf wird die Fläche mit Dermatol, Nosophen oder Airol bestreut, mit protectiv silk bedeckt und ein Kompressionsverband angelegt. In manchen Fällen von nicht zu ausgedehntem Lupus, wo die Blutung bald zu stillen war, hat Verf. auch in einer Sitzung excidirt und transplantirt und den Jodoformgazeverband acht Tage liegen lassen. An sehr beweglichen Teilen, wie um den Mund, oder bei grösseren, z. B. das halbe Gesicht umfassenden Flächenexcisionen, wo es leicht zur Bildung von Eiterblasen und Abhebung der Lappen kommt, ist es, um diese möglichst zu inhibiren, besser, den ersten Verband schon nach 1 bis 2 Tagen zu erneuern und ihn dann häufig zu wechseln. Nach teilweiser Abstossung der Implantationen etwa auftretende Granulationswucherung wird durch tägliches Bepinseln mit 2- bis 6procentiger Höllensteinlösung oder aber durch Höllensteinumschläge bekämpft, oder es muss nach Ausschabung des Granulationsgewebes von Neuem transplantirt werden.

H. Müller.

R. Fuchs, Initialsklerose am oberen Augenlide. Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 17.

Die Sklerose sass bei dem 29jähr. Pat. auf der Conjunctiva des rechten Oberlides in Form eines grau belegten Geschwüres mit hart infiltrirtem

Rande, das fast bis zur Uebergangsfalte reichte. Vor und unter dem rechten Ohre fand sich je eine angeschwollene Drüse. Die Ansteckung hatte sich der Kranke wahrscheinlich von einem hereditär syphilitischen Kinde, dem er Einreibungen mit grauer Salbe machte, zugezogen. H. Müller.

T. J. Watkins, Technic of abdominal salpingo-oophorectomy without pedicle. Med. News 1896, Aug. 8.

Verf. sucht die ungünstigen Folgeerscheinungen der Stielbildung bei Abtragung der Adnexe — Hämorrhagie durch Abgleiten der Ligaturen, Eiterung, Verwachsungen mit Darmschlingen — dadurch zu verhüten, dass er nach Auslösung des Tumors aus peritonitischen Adhäsionen zunächst das Lig. infundibulo-pelvicum unterbindet. Dann wird der Tumor vom Lig. latum getrennt, wobei Blutungen zunächst durch Pinces gestillt werden, die Art. uter. wird vor der Abtrennung vom Uterus abgeklemmt. Eine fortlaufende Naht vereinigt die Wunde im Ligament möglicht genau.

A. Martin.

P. Delbet, De l'ablation abdominale des annexes sans ligature prealable. Annal. de gynécol. etc. 1896, Nov.

Verf. führt die Schmerzen der Patientinnen nach Salpingotomien unter Anderem hauptsächlich auf den Reiz des Stumpfes durch Massenligaturen und auch auf das Zurücklassen von kleinen Tubenresten in den Stümpfen zurück; kleine Fadeninfektionen mit folgender Exsudatbildung bereiten ebenfalls Schmerzen.

Verf. verfährt daher so, dass er nach Hervorleitung der kranken Adnexe, wo keine Berührung mit infektiösen Stoffen vorkam, die Uteroovarial-Gefässe unterbindet und dann den Tumor abträgt. Bei inficirten Fällen lässt er die spritzenden Gefässe fassen, trägt mit der Scheere alles ab und unterbindet hinterher nach vorheriger Desinfektion von Händen und Wunde. Auf die Wundfläche näht er dann mit Lembert'schen Nähten das Lig. rotundum an. Der Uterus wird zum Schlusse ventrofixirt. Dadurch vermeidet er Massenligaturen, verhindert Fadeninfektionen, erreicht totale Exstirpation der Tube und verhindert Adhäsionen durch Uebernähen der Wundfläche. Unter 9 Fällen von Tubenresektionen hat D. 2mal nachher Schwangerschaft beobachtet. A. Martin.

Steinthal, Die operative Behandlung der Retroflexio uteri und die Alexander-Adam'sche Operation. D. med. Wochenschr. 1896, No. 48.

St. hat in 24 Fällen von Retroflexio uteri mit Erfolg die Alexander-Adam'sche Operation gemacht und vindicirt dieser Art der operativen Behandlung der Retroflexio bei genügender Einübung auf dieselbe grosse Vorteile vor der vaginalen Operation und der Ventrofixur. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 26 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **9. Oktober.** **No. 41.**

Inhalt: G. Töpfer, Zur Kenntnis des unter dem Namen „Oxyproteïnsäure" beschriebenen Harnbestandteiles. (Original-Mitteilung.)

Hill und Barnard, Einfluss der Schwere auf die Cirkulation. — Berggrün und Winkler, Ueber eine Titrirmethode des Eiweiss in dor Milch. — Seegen, Ueber die Quelle der Muskelkraft. — Hofmann, Milchsäuregehalt des Harns bei Osteomalacie. — Kinnikuth, Ueber die Organotherapie. — Chapraurouge, Beitrag zur Aethernarkose. — v. Noorden, Zur Chirurgie des Magens. — Hahl, Die Prothesen nach Kiefer-Resektionen. — Holt, Heilung einer Nephritis durch Oberschenkelamputation. — Hübscher, Die Perimetrie des Handgelenks. — Schulhof, Ueber die Anwendung des Argentamins. — Müller, Schädliche Wirkung des Neutuberkulins auf das Ohr. — Briau, Fall von Chondromyxom der Nase. — Nocard, Präventiv-Anwendung des Antitetanusserums bei Tieren. — Rubner, Zur Hygiene der Kleidung. — Riegler, Ueber Chinaphthol. — Finkelstein, Zur Aetiologie der follikulären Darmentzündung bei Kindern. — Wirz, Tannigen als Darmadstringens. — Brunton, Zur Diagnose der Endocarditis. — Apostoli, Ueber Anwendung des wellenförmigen Stroms. — Remak, Deguy, Mannaberg, Ueber Neuritis. — Dejerine, Neuritis hypertrophica bei Kindern. — Horovitz und v. Zeissl, Anatomie der Lymphgefässe der männlichen Geschlechtsorgane. — Seitz, Syphilis der Pfortader. — Thumim, Komplikation der Schwangerschaft mit Myomen. — Wertheim, Kritik der vaginalen Radikaloperation nach Landau.

Zur Kenntnis des unter dem Namen „Oxyproteïnsäure" beschriebenen Harnbestandteiles.

Von

Dr. **G. Töpfer**, Karlsbad.

(Aus dem chemischen Laboratorium des k. k. Krankenhauses „Rudolf-Stiftung". Vorstand: Dr. E. Freund.)

Unter dem Namen „Oxyproteïnsäure" beschreiben Dr. Bondzynski und Prof. Gottlieb in No. 33 des Cbl. f. d. med. Wissensch. 1897 eine stickstoff- und schwefelhaltige Säure als bisher unbekannten Harnbestandteil.

Zufolge der Darstellungsweise desselben kann kein Zweifel sein, dass es sich hiebei um denselben Körper handelt, auf dessen Existenz ich im

Jahre 1892 hingewiesen habe.[1]) Die im Verfolge der damals gefundenen Thatsache weitergeführten Untersuchungen ergaben zunächst, dass diese Substanz nur dann von Harnstoff zu trennen war, wenn man nach der Methode von Mörner-Sjöquist mit Barytzusatz arbeitete, dass dieselbe also durch Baryt und Alkohol unlöslich zu machen sei.

Die Annahme der obenerwähnten Autoren, dass die Substanz bisher für Harnstoff gehalten worden sei, trifft demnach nicht vollkommen zu, da bei allen nach Mörner-Sjöquist vorgenommenen Harnstoffbestimmungen diese Substanz vom Harnstoff abgetrennt wurde.

Meine Reindarstellungsversuche führten genau zu demselben Resultate, wie bei Bondzynski und Gottlieb; es resultirte dasselbe „schwere, sandige, leicht gelb gefärbte, unter dem Glasstabe knirschende Pulver"; meine Darstellungsmethode unterschied sich nur insofern, als ich zunächst aus dem Harn alle bekannten stickstoffhaltigen Substanzen mit Ausnahme des Harnstoffs entfernte.

Es geschah dies nach mannigfachen Versuchen schliesslich in zweierlei Weise: einmal durch Fällung mit Phosphorwolframsäure, Entfernung der Phosphorwolframsäure des Filtrates durch Baryt, Einengen und Fällung mit Alkohol etc. Eine zweite Art der Darstellung — die Phosphorwolframsäure-Fällung erwies sich als schwer auswaschbar — ergab sich durch die Fällung des Harns mit Kupfersulfat und Lauge oder Baryt.

Das Filtrat, welches fast wasserklar und frei von Alloxurkörpern, Kreatinin, Hippursäure und Urohilin war, wurde eingeengt, nach Ansäuerung mit Schwefelsäure mit kohlensaurem Baryt abgesättigt, filtrirt, zur Syrupdicke eingeengt und mit Alkohol gefällt.

Das erhaltene Barytsalz erschien uns trotz mehrfacher Reinigung als nicht genug verlässlich zur Analyse.

Bei dem Bestreben, aus dem Barytsalz die Säure darzustellen, kam auch ich lange zu keinem positiven Resultate; es stellte sich heraus, dass während des Einengens mit anorganischer Säure ein Teil des Stickstoffes verschwand und sich in Form eines sauer reagirenden, in schönen Nadeln krystallisirenden Sublimates auffangen liess.

Erst am Schlusse meiner leider nur winterlichen Laboratoriumsthätigkeit gelang es mir, zu einem in braun gefärbten Drusen krystallisirenden Produkte zu gelangen.

Bezüglich der Eigenschaften des Körpers kann ich die Angaben Bondzynski's und Gottlieb's bestätigen, und möchte nur noch hinzufügen, dass die Säure nicht durch Gerbsäure und Jodquecksilberkalium, wohl aber durch alkoholisches Sublimat fällbar war.

Was aber die Menge der Substanz im normalen Harn betrifft, muss ich die Angaben Bondzynski's und Gottlieb's als zu hoch bezeichnen.

Indem ich nach der Methode Mörner Sjöquist's vorging, also Urin mit Aetzbaryt sättigte und dann mit der 20fachen Menge Alkohol-Aether fällte, muss der Körper, den Bondzynski und Gottlieb beschreiben, unlöslich geworden sein und, wie erwähnt, von Harnstoff abgetrennt gewesen

[1]) Ueber die Relationen der stickstoffhaltigen Bestandteile im Harne bei Carcinom. Wien. klin. Wochenschr. 1892, No. 8.

sein. Ich habe in solchen Urinen auch Alloxurkörper, Kreatinin und Hippursäure bestimmt und es erübrigten dann im normalen Harn nur Zehntel-Procente für unbekannte, stickstoffhaltige Substanzen. Dasselbe Resultat ergab sich auch bei Versuchen, aus 10 Litern normalen Harns die Substanz direkt zu gewinnen.

Das zu hohe Resultat B.'s und G.'s lässt sich auch durch ihre Darstellungsweise erklären.

Bei Fällung von zur Syrupdicke eingeengtem Harn mit der 4—5fachen Menge Alkohol gelingt es nicht, Harnsäure, Xanthinbasen und Kreatinin ganz zu eliminiren.

Ich bin im Anfange ebenso vorgegangen, wie B. und G., habe mich aber überzeugen müssen, dass im späteren Barytniederschlag sowohl Murexid-Reaktion, als auch nach Behandlung mit Säure Harnsäure in typischen Krystallen sich nachweisen liess und die Legal'sche und Jaffe'sche Reaktion auf Kreatinin positiv ausfiel.

Für die Zwecke eines raschen Nachweises der Substanz erwies sich der Vergleich zweier Harnstoffbestimmungen (z. B. Pflüger-Bohland und Mörner-Sjöquist) als praktisch. Bei der letzteren Bestimmung wird die Säure gefällt, bei der ersteren bleibt sie in Lösung. Die Differenz beider Bestimmungen kann auf die Existenz der Substanz hinweisen.

Ueber die chemische Natur der Säure war ich mangels einer Analyse im Unklaren; die Reaktionen der Amidosäuren gab dieselbe nicht.

Eine eingehendere Darstellung meiner Untersuchungen behalte ich mir für die Zeit meiner Rückkehr aus Karlsbad vor.

L. Hill und **H. Barnard**, The influence of the force of gravity on the circulation. Journ. of physiol. XXI. S. 323.

Bekanntlich sind die grossen Venenstämme der Bauchhöhle so geräumig und dehnbar, dass sie bei Lähmung resp. Durchschneidung ihrer Vasomotoren, der Splanchnici, den grössten Teil des Körperblutes aufnehmen können, daher im übrigen Körper Anämie eintritt. Verff. weisen nun nach, dass dasselbe unter dem hydrostatischen Druck der bei aufrechter Stellung auf ihnen lastenden Blutsäule der Fall ist, daher der übrige Körper und speziell das Gehirn an Anämie leiden würde. Infolge der Anämie wird aber das Atemcentrum und das vasomotorische Centrum der Med. oblong. gereizt, die verstärkten Atembewegungen treiben mit Hülfe des Druckes der Bauchmuskeln das Blut aus der Bauchhöhle hervor, ja sie können sogar den durch Splanchnici-Durchschneidung aufgehobenen vasomotorischen Tonus der Bauchvenen, der für gewöhnlich ebenfalls die Blutstauung in der Bauchhöhle verhindert, bis zu einem gewissen Grade kompensiren. Diese Anschauung haben Verff. sich aus Versuchen an Hunden, Katzen und Kaninchen gebildet, die in Morphiumnarkose unter zeitweiser Zuführung von Chloroform und Aether gehalten wurden. Die Aorta wurde mit einem Quecksilbermanometer, die Jugularis mit einer Marey'schen Trommel verbunden und durch eine sinnreiche Einrichtung ermöglicht, dass die aufgebundenen Tiere mit dem Operationsbrett aus der horizontalen in die vertikale Stellung und wieder zurück gebracht werden konnten, ohne dass sich das

Digitized by Google

Manometer resp. die Trommel verschob. Wird das Tier plötzlich in die vertikale Stellung übergeführt, so sinkt der Aorten- und Jugularisdruck, sofort kommt es zu verstärkten Atembewegungen und zugleich zu vasomotorischer Reizung, der Aortendruck steigt daher, während der Venendruck niedrig bleibt, bis das Tier in die Horizontallage zurückgebracht wird. Durch von aussen auf den Unterleib ausgeübten Druck kann während der Aufrechtstellung die Aortenspannung fast auf die Norm erhoben werden.

Durchschneidung des Halsmarks hat Aufhebung der aktiven Atmung und des Gefässtonus zur Folge, daher sinkt schon bei Horizontallage der Aortendruck ausserordentlich stark und kann durch Erheben des Tieres in die Vertikalstellung bis auf Null absinken, dabei ändert sich der Venendruck kaum. Wird dagegen das Mark in der Höhe des 1. Brustwirbels durchschnitten, so wird die Atmung nicht wesentlich beeinflusst, dagegen sinkt der Aortendruck beträchtlich und die Atmungsschwankungen des Blutdruckes (die respiratorischen Wellen) werden geringer. Wird nun das Tier aufgerichtet, so fällt der Druck auf Null, die Bluthewegung sistirt, indem die Atmung und der Gefässtonus gleichzeitig aufgehoben werden. Werden die Vasomotoren allein mittelst Durchschneidung der Splanchnici gelähmt, durch Eröffnung der Bauchhöhle der intraabdominale Druck aufgehoben und der venöse Blutstrom durch Eröffnung der Pleuren behindert, so tritt der nämliche Erfolg, wie vorher beschrieben, auf; durch Horizontallagerung kann ein Teil der bedrohlichen Erscheinungen auch bei offener Pleurahöhle hintangehalten werden, so dass das Tier am Leben bleibt. Bei kurarisirten und künstlich ventilirten Tieren sinkt bei Ueberführung in die senkrechte Lage der Aortendruck schnell auf Null, indem die künstliche Atmung infolge des positiven Druckes in der Brusthöhle den Abfluss des Venenblutes in das rechte Herz erschwert. Das Gleiche lässt sich durch Druck von aussen auf den Brustkorb erreichen. Dagegen kann durch Druck auf die Bauchhöhle der Abfluss des Venenblutes in das rechte Herz befördert werden, so dass der Aortendruck infolgedessen wieder ansehnlich steigt. Verff. meinen auf Grund dieser Versuche, dass die senkrechte Lagerung in denjenigen Fällen von Chloroformvergiftung, in denen das rechte Herz dilatirt ist und schwächer arbeitet, sich für den Kreislauf förderlich erweisen dürfte.

Den Schluss bildet eine schematische Zusammenfassung der Anschauungen der Verff. über die Bedeutung der Bluthewegung im Abdomen für die Bluthewegung im übrigen Körper. I. Munk.

E. Berggrün und **F. Winkler,** Ueber eine massanalytische Bestimmungsmethode der Eiweisskörper der Frauenmilch. Zweite Mitteilung. Wiener klin. Wochenschr. 1897, No. 10.

Verff. hatten (Wien. kl. Wochenschr. 1897, No. 2) empfohlen, den Eiweissgehalt der Frauenmilch durch Titrirung mit Jodlösung und den dabei sich ergebenden Verbrauch an Jod zu bestimmen. Die Methode ergab bei entrahmter Milch brauchbare Resultate, nicht bei Vollmilch. Das liegt daran, dass das Frauenmilchfett selbst wechselnde Mengen Jod absorbirt.

Zur bequemen Entfettung der Milch empfehlen die Verff., die Milch mit 1 bis 2 Tropfen einer 10procent. Kalilauge, dann mit der gleichen Menge eines vollkommen reinen, alkoholfreien Aethers und eines acetonfreien Methylalkohols zu schütteln.

Im Allgemeinen stimmten die durch die Jodtitrirung gefundenen Eiweissmenen der fettfreien Milch mit den nach Kjeldahl gefundenen Stickstoffwerten überein. Keine Uebereinstimmung besteht jedoch, wenn man nach beiden Methoden die von Fett und Caseïn befreite Milch behandelt. Die Ursachen dieser Differenzen sind noch nicht vollkommen klar. — Die Verfasser möchten jedoch der einfachen Ausführung wegen ihre Methode vor der Kjeldahl'schen empfehlen. A. Loewy.

J. Seegen, Die Kraftquelle für die Arbeitsleistung des Tierkörpers. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 13.

Verf. giebt in dem vorliegenden Vortrage einen Ueberblick über die historische Entwicklung der Frage, welches Material des tierischen Organismus die Quelle für Wärmebildung und Muskelthätigkeit abgebe. Er führt aus, wie Liebig das Eiweiss als Kraftquelle ansprach, wie J. R. Mayer alsbald dieser Anschauung widersprach, ein Umschwung der allgemeinen Anschauung jedoch erst durch Pettenkofer und Voit eingeleitet wurde, durch die die Wichtigkeit der stickstofffreien Stoffe für die Muskelarbeit erwiesen wurde. — In neuester Zeit hat Pflüger wieder auf die Lehre Liebig's zurückgegriffen, während umgekehrt Chauveau behauptet, dass nur Fette und Kohlehydrate der Muskelarbeit dienen, und Zuntz, dass in gleicher Weise diese wie auch Eiweiss dessen fähig seien.

Seegen bespricht dann seine eigenen (übrigens nicht einwandfreien. Ref.) Versuche, aus denen er schliesst, dass nicht das Muskelglykogen an der Arbeitsleistung beteiligt sei, dass dagegen der in der Leber gebildete und von ihr dem Gefässsystem zuströmende Blutzucker es sei, dessen Verbrennung die Hauptquelle, vielleicht die einzige Quelle der Kraftäusserung des Organismus sei. A. Loewy.

K. B. Hofmann, Angeblicher Milchsäuregehalt des Harns bei Osteomalacie. Cbl. f. inn. Med. 1897, No. 14.

Auf Grund älterer Versuche von C. Schmidt und Weber wird noch vielfach angenommen, dass der osteomalacische Prozess auf einer rein chemischen Auslaugung der Kalksalze des Knochens durch Milchsäure, die man nachgewiesen zu haben glaubte, beruhe. Die Milchsäure sollte durch den Harn entleert werden, und also auch in ihm nachweisbar sein.

H. hatte nun Gelegenheit, den Harn zweier Fälle von vorgeschrittener Osteomalacie untersuchen zu können. Zur Untersuchung gelangten im ersten Falle 15 l, im zweiten $20^1/_2$ l Harn. Die Methode des Nachweises war die von Salkowski angegebene.

Milchsäure konnte in keinem der beiden Fälle nachgewiesen werden. Es traten zwar reichliche Krystallisationen in den entsprechend be-

handelten Harnen auf, aber es handelte sich dabei um krystallisirten reinen Harnstoff, nicht um milchsaure Salze. A. Loewy.

Fr. P. Kinnikuth, The therapeutics of the internal secretions. American Journ. of the med. sc. 1897, July.

Von den Drüsen ohne Ausführungsgang, die in letzter Zeit zu therapeutischen Zwecken verwendet worden sind, steht obenan die Schilddrüse. Verf. hebt die glänzenden Erfolge beim Myxödem hervor und berichtet über einen eigenen, bereits seit 1892 mit Schilddrüsenpräparaten behandelten derartigen Fall. Eine 43jährige, seit 12 Jahren kranke, 1 Jahr bettlägerige Frau, ohne Gehör, völlig kahl geworden, geistig und körperlich zurückgegangen, hat sich derart gebessert, dass sie seit 2 Jahren eine verantwortliche buchhändlerische Stellnng ausfüllt. Sie hört gut, hat neue Haare bekommen, und erhält sich in normaler Gesundheit durch die Dosis von 5 g frischer Schafschilddrüse 2mal wöchentlich. Auch beim Cretinismns sind die Erfolge sehr befriedigend; vor allem das Knochenwachstum nimmt beträchtlich zu, erreicht bei Kindern noch normale Verhältnisse, steigert sich aber selbst bei erwachsenen Cretins. Bei dem schnellen Knochenwachstum kommt es bisweilen zu rachitisartigen Erkrankungen. Auch die geistige Entwicklung ist eine sehr gute. Auch bei Idiotie sollen ganz gute Resultate mit der Schilddrüsenbehandlung erzielt worden sein. Die vorzüglichen Erfolge bei der Struma, besonders der hyperplastischen Form derselben, sind zweifellos. Den bei der Basedow'schen Krankheit berichteten Erfolgen steht Vf. sehr skeptisch gegenüber. Dagegen scheint bei den Geisteskrankheiten oft ein guter therapeutischer Erfolg erzielt zu werden. Bei zu starkem Fettansatz kann man mit der Schilddrüsenbehandlnng allerdings Abnahme des Körpergewichts erzielen; doch wird die Abnahme nach Aussetzen der Behandlung bald wieder ausgeglichen. Bei Hautkrankheiten und Schwindsucht scheinen die berichteten Wirkungen imaginäre zu sein.

Was die Nebennieren betrifft, so geht Verf. ausführlicher auf die zahlreichen physiologischen und chemischen Untersuchnngen ein. Er stellt dann 48 Fälle von Addison'scher Krankheit, die mit Nebennierenpräparaten behandelt worden sind, zusammen. Von diesen sind 6 geheilt, 22 gebessert, 18 nnbeeinflusst und 2 zeigten Verschlimmerung der Symptome. Bei den Besserungen traten wiederholt Rückfälle auf, die sich zum Teil durch eine bestehende Tnberknlose der Nebennieren erklären liessen. Anf Grund der blutdrucksteigernden Wirkung hat Verf. den Nebennierenextrakt mit gutem Erfolg bei Herzschwächen gegeben.

Bei der Thymusdrüse ist die physiologische Basis für die therapeutischen Versuche besonders schwach. Verf. hat 62 Fälle von Morbus Basedowii zusammengestellt, die mit Thymusdrüse behandelt wurden. Davon zeigten 36 Besserung verschiedenen Grades, 25 keine Besserung, einer Verschlimmernng. Verf. selbst sah in 2 Fällen absolut keinen Einfluss, in einem Zunahme der Struma und in einem eine Besserung der Symptome, der aber bald ein Rückfall folgte. Die berichteten Besserungen sind bei dem Schwanken des Krankheitsbildes mit grosser Vorsicht aufzunehmen.

Struma scheint auch günstig beeinflusst zu werden. Die Anwendung bei 6 Fällen von leichter Lungenphthise hatte objektiv keinen Erfolg, eine leichte subjektive Besserung.

Was endlich die Hypophysis betrifft, deren Erkrankung zweifellos im Zusammenhang mit der Akromegalie steht, so hatte die Behandlung von 13 Fällen von Akromegalie mit Hypophysispräparaten in 7 Fällen eine Besserung zur Folge; in 5 Fällen war kein Einfluss zu konstatiren und in einem Verschlimmerung. M. Rothmann.

A. de Chapeaurouge, Beitrag zur Aethernarkose. Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst. 1893/94. IV. S. 557.

Seit November 1893 sind in der chir. Poliklinik des Alten allgem. Krankenhauses zu Hamburg bis zum 1. August 1895 664 Aethernarkosen vorgenommen, und zwar mit der Jalliard'schen Maske, die in allen Fällen durchaus befriedigte. Es wurden zunächst 10 ccm auf diese Maske gegossen, dieselbe dem Pat. genähert und je nach dessen Empfindlichkeit lose auf das Gesicht gelegt, nachdem sie vorher etwas entfernt worden war. Mit dem Fortgang der Narkose accommodirte man sich möglichst den Atembewegungen des Pat. und goss $^1/_2$ Minute nach Gewöhnung des Pat. die nächste grösste Portion auf = ca. 30 ccm bei Erwachsenen. Dann wird die Maske mit einem Handtuch bedeckt, ohne dass es dabei zu einer suffokatorischen Wirkung kommt. Die Excitation, die ca. 2—5 Minuten nach Bedecken der Maske eintritt, gleicht völlig der beim Chloroform. Bei kleinen Eingriffen kommt man mit den beiden Gaben Aether von 10 resp. 40 ccm aus. Im Gegensatz zu anderen Chirurgen gebraucht Verf. viel weniger Aether; wenn der Patient durch Seufzen sein Erwachen aus der tieferen Betäubung markirt, wartet man, ob er nicht wieder in diese zurückfällt und giesst erst bei wiederholtem Seufzen 10 ccm Aether (bei Erwachsenen) nach, später giesst man etwa 20 ccm weiter nach, doch kann man dann zu geringeren Dosen zurückkehren. Das Erwachen aus der Aethernarkose gleicht dem aus der Chloroformnarkose, doch ähnelt der Zustand der Patt. mehr einen Rausch und sie erholen sich leichter. Nur in 20—25 pCt. der Aethernarkosen ist inzwischen der Verlauf so einfach, dass man fast nur die Atmung zu überwachen hatte. Zwar setzt die Anwendung der geringeren Aethermengen die Steigerung der Speichelsekretion herab, doch werden die Patt. mit erhöhtem Kopf auf einem 50 cm langen und 8 cm hohen Keilkissen gelagert und wird das Würgen nach dem Vorgange von NÄGELI und HOWARD durch Rückwärtssenken des Kopfes und Elevation des Thorax zum Aufhören gebracht. Es geschieht dieses durch gleichzeitiges Vorziehen des Unterkiefers und Beugung des Kopfes nach hinten; man bedarf dann weder beim Aether, noch beim Chloroform des Zungenhalters.

Zur Ausübung des Handgriffes, wie er soeben geschildert, gehört aber besonderes Geschick; er kann nicht von jedem gelernt werden. Bei Bronchitis, Phthisis, Emphysem wird nur im Beginn der Narkose Aether gegeben und dann zum Chloroform übergegangen, von dem dann nur kleine Dosen nötig sind. Ebenso wird Chloroform bei Kindern und Patt. mit Arteriosklerose

und bei Gesichtsoperationen angewendet. Am meisten bewährte sich der Narkosen-Aether von SCHERING. P. Güterbock.

---

v. Noorden, Zwei operative Eingriffe gegen Folgezustände von Magengeschwüren. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 35.

1. Bei einer 52jähr. Frau, welche im frühen Mädchenalter an Ulcus ventriculi gelitten, fand sich etwas nach links 2 Finger oberhalb des Nabels eine schmerzhafte Zone von vermehrter Resistenz. Die Laparotomie ergab einen Netzteil nach aufwärts gleich einer Welle gerollt. Das Netz war markstückgross nahe dem Pylorus mit dem Magen verwachsen und nach seiner Lösung durch Abbinden ergaben sich keine verdächtigen Härten, nur war die Magenserosa am Rand der netzbefreiten Stelle faltig. Heilung bezw. Genesung von den Beschwerden.

2. Bestehen von Magengeschwür. Beschwerden seit 1 Jahr. Schneidender Schmerz, verbunden mit Fieber, sowie Kräfteverfall veranlassten die Laparotomie. Durch das mit der Bauchwand verwachsene Netz wurde vorsichtig eingedrungen, bei seinem Heben zeigte es sich mit der vorderen Magenwand verwachsen mit einer kleinen Perforation an der Verklebungsgrenze. Es riss die weiche Umgebung dieser Stelle weiter auf mehrere cm ein, parallel zum Pylorus hin, und der Mageninhalt ergoss sich nach der Milz zu. Es wurde eine Magenfistel angelegt. Selbstverdauung vom Rande her complicirte die Heilung, und fünf Wochen nach der Operation führte ein Erysipelas faciei zu weiterem Kräfteverfall und zum Tode.

Die Sektion zeigte einen über fünfmarkstückgrossen Defekt an der vorderen Wand, auf die hintere übergreifend, und zwar unmittelbar vor dem engen Schnürring eines Sanduhrmagens. Letzterer sass überall wie eingemauert in Adhäsionen fest. Die Entzündung hatte auf die Pleura übergegriffen und Pleuritis adhäsiva verursacht, ausserdem bestand ein kraterförmiges Ulcus im absteigenden Duodenum. P. Güterbock.

G. Hahl, Die Prothesen nach Kiefer-Resektionen. Arch. f. klin. Chir. LIV. S. 645.

Die Arbeit stützt sich auf das grosse Material der v. Bergmann'schen Klinik. Die schönen funktionellen und kosmetischen Erfolge, welche der Verf. durch vieljährige Arbeit erzielt hat, werden durch zahlreiche Abbildungen illustrirt. In Bezug auf die Details müssen wir auf das sehr lesenswerthe Original verweisen. M. Borchardt.

J. J. H. Holt, A case of amputation in middle age for albuminuria, following tuberculous knee. Recovery. Brit. med. journ. 1897, Febr. 20.

Es handelte sich um einen 52jährigen Mann, der seit seiner Kindheit an tuberkulöser Kniegelenksentzündung litt. Gegen einen operativen Eingriff hatte sich Patient gesträubt, so dass schliesslich eine sekundäre Nephritis auftrat.

H. bekam den Kranken in schlechtem Allgemeinzustand in Behand-

lnng. Es wurde eine Oberschenkelamputation vorgenommen, nach welcher sich der Kranke schnell erholte. Die Nephritis verschwand völlig.

M. Borchardt.

C. Hübscher, Die Perimetrie des Handgelenkes. Zeitschr. f. Chir. XLV. S. 24.

Bei der Behandlung der so häufigen Bewegungsstörungen im Gebiete des Handgelenks sind wir oft in der Lage, die Exknrsionen des hetreffenden Gelenkes zu messen und die Ergebnisse der Messung aufzuzeichnen. Verf. verwendet zu diesem Zweck das von den Ophthalmologen henutzte Perimeter, an welchem sich Bewegungsexkursionen in jeder beliebigen Ehene messen lassen.

Auf einem länglichen Brett hefindet sich hei H.'s Anordnnng ein circa 30 cm hohes, schmales Bänkchen, welches dem Vorderarm als Unterstützung dient. Der vor dem Bänkchen aufgestellte Perimeterhogen mit Gradeinteilnng besitzt einen Radius von 20 cm. Mit dem Drehpunkt des Bogens ist in gewohnter Weise ein Zeiger verhunden, welcher auf einer senkrechten Scheibe den jeweiligen Stand des Bogens angieht, resp. den Meridian, in welchem ehen die Messung vorgenommen wird. Um die Bewegungen der Mittelhandfinger- nnd der Fingergelenke anszuschalten, ist die Hand mittelst Riemen anf einem kleinen Handbrettchen fixirt. Die in sich geschlossenen Riemen laufen durch Schlitze, so dass sie auf beiden Seiten vorgezogen werden können, um den Gehrauch der Schiene für rechts nnd links zn ermöglichen. In gleicher Weise wie die Bewegungen der kleinen Gelenke ausgeschlossen werden müssen, darf selhstverständlich auch keinerlei Drehhewegung des pronirten Vorderarms stattfinden können. Am sichersten erschien H. das Festhalten des Armes anf dem Bänkchen durch den Untersucher, wobei man sich heständig von der Ruhigstellung des Armes überzengen kann.

Zur Messung der Handgelenkshewegungen wird nun derjenige Winkelgrad des Perimeterbogens, welchem die Knppe des Mittelfingers am Schluss der Exkursion gerade gegenüber steht, ahgelesen und in das von den Ophthalmologen zur Aufzeichnnng henutzte Schema einzutragen. Die gleiche Messung wird unter Einstellnng des Perimeterhogens in den jeweiligen Meridian wiederholt, his man eine genügende Anzahl von Aussenpunkten hesitzt, deren Verbindungslinie das gewünschte Bewegungsfeld liefert. Zur raschen Aufnahme genügt eine viermalige Drehung des Bogens nnd Einstellnng derselhen in die Hauptmeridiane, den vertikalen und den horizontalen, sowie in die beiden schrägen dazwischen liegenden. Man erhält dahei 8 Messungen, die uns über die wichtigsten Exknrsionen aufklären. Die Messung in den beiden Hanptmeridianen ergieht die Exknrsionen in radialer, ulnarer, dorsaler nnd volarer Richtung; die Aufnahme in den heiden schrägen erfolgt in dorso-radialer und volar-nlnarer, sowie in dorsoulnarer und volar-radialer Richtung. Znr Veranschaulichung der Methode sind eine Anzahl Bewegungsfelder normaler und pathologischer Handgelenke heigefügt.

Joachimsthal.

J. S. Schulhof, Ueber die Anwendung des Argentamins (Aethylendiaminsilberphosphat). Wien. med. Wochenschr. 1897, No. 33.

Das Argentamin wird statt des Argentum nitricum, weil es tiefer in das organische Gewebe eindringt und eine ausserordentlich hohe, keimtötende Kraft besitzt, in 5proc. wässeriger Lösung bei akuten und chronischen Bindehautkatarrhen, beim Trachom, dem Follikularkatarrh, der Ophthalmoblennorrhoe angewandt. Es wird 1—2mal täglich eingepinselt oder eingeträufelt, ohne Nachspülung mit Wasser oder Kochsalzlösung. Komplikationen von Seiten der Hornhaut, Geschwüre derselben, Pannus, Reizungszustände der Iris bilden keine Contraindikation. Horstmann.

R. Müller, Ein Fall von Erkrankung an akuter tuberkulöser Mittelohrentzündung während einer Kur mit Neutuberkulin (T. B.). Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 34.

Bei dem 24jährigen Manne, der wegen Lungentuberkulose in der Charité zu Berlin mit dem neuen Koch'schen Tuberkulin behandelt wurde, traten während der Behandlung zeitweilig Schmerzen, Sausen und Schwerhörigkeit im linken Ohr auf, auf welchem schon seit mehreren Monaten eitriger Ausfluss bestand. Im weiteren Verlaufe der Behandlung zeigten sich auf dem Trommelfell des bisher gesunden, vollkommen normal hörenden rechten Ohres, miliare Knötchen, die Hörfähigkeit wurde beträchtlich herabgesetzt und in dem Ohrsekret (es war ein Defekt an Stelle des zuerst aufgetretenen Knötchens zu stande gekommen) wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen. Später fanden sich solche auch in dem Sekret des linken Ohres, dessen Trommelfelldefekt sich unter der Behandlung wesentlich vergrösserte. Demnach scheint also auch das neue Mittel, ebenso wie das frühere, nicht günstig auf das Ohr zu wirken. Schwabach.

Briau, Elephantiasis cartilagineuse du nez. Gaz. hebd. 1897, No. 49.

Während die durch Hypertrophie der Haut und des subkutanen Gewebes charakterisirte Elephantiasis narium nicht zu den seltenen Affektionen gehört, ist der vom Verf. beschriebene Fall ein sehr seltener, da es sich um ein Chondromyxom handelte, das sich in der Haut und dem subakuten Zellgewebe entwickelt hatte, während das Naseninnere vollkommen frei war. W. Lublinski.

Nocard, Sur la sérothérapie du tétanos chez les animaux. Essais de traitement préventif. Bullet. de l'acad. de méd. 1897, No. 30.

Nachdem N. erkannt hatte, dass, wenn nicht erst der Ausbruch des Tetanus abgewartet wird, eine verhältnismässig geringe Menge Antitetanus-Serum genügt, um dem Ausbruche des Starrkrampfes vorzubeugen, hat er an verschiedene Tierärzte Antitetanus-Serum versandt, damit bei Tieren, welche eine erfahrungsgemäss zu Tetanus führende Verletzung erfahren hatten, eine Präventivbehandlung eingeleitet wurde. Es sind N. Nachrichten über 2727 behandelte Tiere zugegangen, von denen ein einziges Tetanus bekommen hat, obwohl bei den vorgekommenen Verletzungen und Operationen

in den betreffenden Ställen und Gehöften sonst regelmässig Tetanus auftrat. Nur ein Pferd, welches erst am 5. Tage nach der Verletzung injicirt wurde, erkrankte leicht an Tetanus, wurde aber gerettet. Injicirt wurden in einem Zeitraum von 10—12 Tagen 2 mal je 10 ccm Serum. N. schliesst aus diesen Erfahrungen, dass das Antitetanus-Serum, vor Ausbruch der Krankheit angewandt, einen sicheren Schutz gewährt. H. Bischoff.

Rubner, Experimentelle Untersuchungen über die modernen Bekleidungssysteme. 1. Teil: Empirische Reformbewegungen. Arch. f. Hyg. 1897. XXIX. S. 269.

R. unterzieht die empirischen Reformbewegungen in der Bekleidungsfrage einer Kritik. Die Verteidiger der einzelnen Richtungen haben durchweg den fundamentalen Fehler gemacht, dass sie die betreffenden guten, resp. schlechten Eigenschaften dem Grundstoff zuschrieben, während sie sich um das Gewebe absolut nicht kümmerten. Thatsächlich wird aber die verschiedene Wirkung eines Kleidungsstückes kaum durch den Grundstoff, sondern durch den Aufbau, das Gewebe bestimmt. Ein wesentlicher Faktor ist die Dicke der Gewebe und das spezifische Gewicht. Gerade das letztere, welches einen Anhalt für den Luftgehalt des Gewebes giebt, ist für die Wirkung der verschiedenen Kleidung von grossem Einfluss. Wie wenig durch die rohe Empirie auf dem Gebiete der Kleidungsfrage geleistet ist, geht bereits daraus hervor, dass von verschiedenen Seiten die verschiedenen Grundstoffe, bald Wolle, bald Baumwolle, Seide oder Leinen als einzig wahre Kleiduug gepriesen und stets den anderen Stoffen alle Fehler zugeschrieben worden sind. H. Bischoff.

E. Riegler, Chinaphthol, ein neues Antipyreticum und Antisepticum. Wien. med. Bl. 1896, No. 47.

Das Chinaphtol, β-Naphtol-α-monosulfosaures Chinin, ist ein gelbes, krystallinisches, bitter schmeckendes Pulver, unlöslich in kaltem, schwer löslich in heissem Wasser und Alkohol; durch Säuren wird es nicht zerlegt, passirt demnach unverändert den Magen, dagegen zerfällt es im Darm infolge der hier herrschenden alkalischen Reaktion in seine beiden Komponenten, in Chinin und in β-Naphtolsulfosäure. Da dieser letztere Körper eminent antiseptische Eigenschaften besitzt, so ist die Anwendung des Chinaphthols bei pathologischen Prozessen infektiöser Natur indicirt, die sich im Darmkanal abspielen.

In der That wurden bei Abdominaltyphus mit dem Mittel glänzende Resultate erzielt; zu empfehlen ist die Anwendung auch bei Darmtuberkulose, Dysenterie etc., ferner auch bei akutem Gelenkrheumatismus, sowie bei Puerperalzuständen. Die Einzeldosis ist 0,5 g, die Tagesdosis 2 bis 3, in schweren Fällen auch 5 g. Am besten giebt man es in Pulverform in Oblaten. Das Präparat enthält ungefähr 42 pCt. Chinin.

K. Kronthal.

H. Finkelstein, Zur Aetiologie der follikulären Darmentzündungen der Kinder. D. med. Wochenschr. 1896, No. 38.

Die contagiöse Natur der follikulären Darmentzündungen der Kinder ist von verschiedenen Autoren behauptet und auch vom Verf. als sicher feststehend angenommen worden. Als Krankheitserreger sieht Verf. einen dem Bacterium coli in seinem gesammten Verhalten sehr ähnlichen Mikroben an, welchen er regelmässig in den Ausleerungen erkrankter Kinder auffinden konnte. Dieser Bacillus unterscheidet sich in manchen Eigenschaften von dem B. coli; so z. B. bildet er auf neuen Kartoffeln eine dicke, feuchte, schneeweisse Auflagerung, auf alten eine etwas trockenere, grauweisse, während das B. coli stets mit mais-erbsengelber Farbe wächs. Bei Tieren stellt der Bacillus einen exquisiten Eitererreger dar. Bei Mäusen, mit der Nahrung verfüttert, erzeugt er das von LÖFFLER beschriebene Bild des Mäusetyphus. Die Sektion der Tiere zeigte neben metastatischer Erkrankung anderer Organe einen stark geröteten Darm mit Follikelschwellung. Dagegen kommt dem Bact. coli — auch dem virulenten — im Tierversuch nicht die Fähigkeit zu, vom unverletzten Darm aus pathogen zu wirken. Eine der dysenterischen Verschwärung der Darmschleimhaut — wie man sie bisweilen bei Kindern findet — ähnliche Erkrankung kann man bei den Versuchstieren erzeugen, wenn man dem mit dem Bacillus inficirten Futter fein zerriebenes Glaspulver beimischt; infolge der hierdurch herbeigeführten Epithelzerstörung ruft der Bacillus eine tiefgreifende Entzündung des Rectums mit Tendenz zum nekrotischen Zerfall hervor. Ausser bei der typischen Enteritis und Colitis dysenterica fand sich der Bacillus auch bei manchen schweren katarrhalischen Diarrhöen, bei dyspepsieartigen Zuständen, bei einzelnen Fällen von Cholera infantum. Dies schien anfänglich der spezifischen Bedeutung des Bacillus zu widersprechen. Aber bei der Mehrzahl dieser Kinder entwickelte sich später die typische Darmaffektion; wo sie ausblieb, ergab im Todesfalle die Autopsie eine deutliche follikuläre Entzündung, aber mehr in den oberen Abschnitten. Diese Formen waren also ätiologisch der Enteritis follicularis zuzurechnen.

Stadthagen.

O. Wirz, Das Tannigen als Darmadstringens. Therapeut. Monatsh. 1896, No. 12.

W. empfiehlt das Tannigen bei allen Arten von Diarrhöen auf das Angelegentlichste: besonders bei akuten Durchfällen, bei denen es oftmals den quälenden Tenesmus alvi rasch beseitigt. Gleich wirksam ist das genannte Mittel bei den subakuten Durchfällen im Kindesalter. Solche, die bereits 14 Tage bis 3 Wochen angedauert hatten, ohne durch andere Mittel günstig beeinflusst werden zu können, wurden dies sogleich durch das Tannigen und hörten schon nach dem Verlaufe von 1—2 Tagen auf. Beim Brechdurchfall der Kinder erzielte W. durch Tannigen im Verein mit Somatose und Tokayer schon in 5 Tagen dauernde Heilung.

Endlich ist das Tannigen auch beim chronischen Darmkatarrh ein ausgezeichnet gut wirkendes Mittel. In diesen Fällen muss es jedoch längere Zeit hindurch verabreicht werden.

Bei Kindern gab Verfasser 2mal täglich eine kleine Messerspiize voll Tannigen mit Tokayer, bei Erwachsenen 2—3mal täglich eine grosse Messerspitze voll des genannten Mittels. C. Rosenthal.

L. Brunton, On endocarditis and the use of the thermometer in its diagnosis. Edinb. med. journ. 1897, May.

Verf. betont, dass für die Diagnose der Endocarditis das Thermometer von grösserer Bedeutung ist als das Stethoskop. Gleichgültig ob man am Herzen ein Geräusch findet oder nicht, muss eine im Typus einer Intermittens quotidiana verlaufende Temperaturkurve in Fällen, wo nichts auf eine Malaria oder auf einen Eiterungsprozess hinweist, mit Wabrscheinlichkeit an eine Endocarditis denken lassen. Perl.

G. Apostoli, Sur les applications nouvelles du courant ondulatoire en thérapeutique électrique. Compt. rend. 1897, No. 4 (Juillet). p. 267.

Durch eine einfache Vorrichtung lässt sich der sinusoidale Strom d'Arsonval's in einen wellenförmigen umwandeln, welcher seine Richtung nicbt ändert (courant ondulatoire). Er ist nach A. bei gynäkologischer Therapie unschädlich, hat auf die Neubildungen der Gebärmutter und ihrer Anbänge keinen Einfluss, ist aber als ein vorzügliches scbmerzstillendes Mittel zu verwerten. Auf die Resorption periuteriner Exsudate wirkt der der Strom vorteilhaft ein und ist auch gegen Blutungen, Leukorrhoe und Verstopfung verwendbar. Bernhardt.

---

1) **E. Remak,** Progressive multiple lokalisirte Neuritis (Mononeuritis multiplex). D. med. Wochenschr. 1897, No. 5.

2) **Deguy,** Pblegmones dans les névrites périphériques. Revue de méd. 1896, Décembre.

3) **J. Mannaberg,** Ueber Polyneuritis cerebralis saturnina. Wiener klin. Rundschau 1897, No. 1/2.

1) Bei einem 57jährigen (nicht bleikranken) Schriftsetzer entwickelte sich zunächst eine lokalisirte amyotrophiscbe neuritische Lähmung des linken N. ulnaris. Drei Monate später trat auch am rechten Bein eine lokalisirte peripherische Neuritis der Nn. cruralis et obturatorius (3. und 4. Wurzel des Lumbalplexus) hinzu. Die peripherische Lokalisation des Prozesses ging aus der Beteiligung der Sensibilität im Cruralisgebiet, wie aus der Beteiligung des Musc. sartorius hervor; letzterer bleibt bei poliomyelitischen Lähmungen häufig frei. Im weiteren Verlauf besserte sich die Funktion der linken Hand, jedoch trat auch an der rechten Hand eine Ulnarislähmung auf. Demnach handelt es sich um eine (anscheinend idiopathische) progressive multiple Neuritis mit schubweisem Verlauf, asymmetrischem Verhalten, eigentümlicber Lokalisation in einzelnen bestimmten Nervengebieten. Auf diese Varietät der multiplen Neuritis, die auf einzelne peripherische Nervengebiete präzise beschränkt resp. lokalisirt ist, hat R. bereits mehrfach hingewiesen.

Diese Fälle zeigen Uebergänge lokalisirter Mononeuritis zur Polyneu-

ritis und weisen auf einen ätiologischen Zusammenhang beider Krankheitsformen hin. S. Kalischer.

2) Der Verf. konnte gelegentlich eines mehrfachen Spitalaufenthalts bei einem 66jährigen Manne folgendes Krankheitsbild beobachten: Einige Monate nach einem Hufschlag gegen die rechte Kniescheibe, welche Verletzung nach 6 Wochen ohne Folgen heilte, bekommt Pat. ein Mal perforant an der linken grossen Zehe, in dessen Umgebung das Schmerzgefühl in grösserer Ausdehnung herabgesetzt war. Hierzu traten Anfälle von der Art der Erythromelalgie im linken Bein, in deren Verlauf es einmal zu einer Schwellung in der Leistenbeuge kam, welche einem Abscess ähnelte. Durch Incision wurde dicker rahmiger Eiter entleert, welcher tief zwischen die Muskeln vorgedrungen war. Der Verlauf war kein fieberhafter gewesen und die Diagnose war wegen der durch ein straffes Oedem gesetzten Spannung eine schwierige. Im Eiter wurden Streptococcen gefunden. Das Mal perforant heilte schwer und brach öfter wieder auf. Zeichen einer Tabes sollen gefehlt haben. Allerdings bestand Westphal'sches Zeichen und eine, wie es scheint, tabische Gangstörung. Der Verf. hält den Fall trotzdem für eine Neuritis mit sehr ausgeprägten trophischen Störungen in der Haut und er konstruirt folgenden (doch wohl recht gezwungen!? Ref.) Zusammenhang zwischen den Erscheinungen: Mal perforant aus unbekannter (!) Ursache, davon ausgehend eine Neuritis, welche die trophischen Störungen machte und eine Infektion mit Streptococcen, durch welche aus der serösen Durchtränkung eine eitrige wurde.

3) In dem ersten der beiden mitgeteilten Fälle ist es nur eine Vermutung, dass die Erkrankung durch Blei hervorgerufen sei, da die Pat. mit Wäsche hantirte, die öfter bleihaltig sein soll (!) und Puder benutzte. Es handelt sich um einen Fall von Polyneuritis mit Beteiligung der Hirnnerven, wie er auch ohne Bleivergiftung öfter beobachtet wird. Der Beginn war ein plötzlicher, mit heftigen Allgemeinsymptomen (Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel, Obstipation, kein Fieber), es kam schnell zu einer Lähmung des rechten Facialis, Oculomotorius, Schmerzen im Trigeminus, Stauungspapillen, Schmerzen in den Gliedern und Sensibilitätsstörung daselbst. Zuerst wurde an einen Tumor gedacht, Bleisaum und Koliken führten dann zur Annahme einer Neuritis saturnina. Im zweiten Fall war die Aetiologie (Emailarbeiterin) klargestellt, begann ähnlich wie der erste, es kam aber nur zur Neuritis optica und einseitiger Abducensparese. Der Ausgang beider Fälle war ein günstiger. M. Brasch.

J. Dejerine, Contribution à l'étude de la névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance. Revue de méd. 1896, Nov.

Verf. bringt einen neuen Beitrag zu dieser von ihm gemeinsam mit Sottas bearbeiteten Materie in der Krankengeschichte eines 20jährigen jungen Mannes, bei welchem im 8. Lebensjahre die ersten Zeichen der Erkrankung durch Störungen des Ganges auftraten. Im Laufe der Jahre kam es dann zu den weiteren typischen Symptomen: Ataxie und Atrophie der Muskeln in allen 4 Extremitäten, Sensibilitätsstörungen, welche von der Peripherie nach dem Stamme zu abnehmen, blitzartige Schmerzen,

Nystagmus, Pupillendifferenz und Pupillenstarre, Kyphoskoliose, fibrilläre Zuckungen, Romberg'sches Zeichen, sehr deutlich palpable Hypertrophie der dem Finger zugänglichen Nervenstämme an den Extremitäten, keine trophischen, keine Sphincterenstörungen. Der Verlauf der Erkrankung war ein sehr langsam fortschreitender, Heredität war nicht vorhanden, Syphilis war ebensowenig vorangegangen.

Im Anschluss hieran bespricht D. 6 Fälle von neurotischer progressiver Muskelatrophie, von denen 3 einer Familie angehörten. Er weist bei dieser Gelegenheit darauf hin, dass Beziehungen zwischen diesen beiden Affektionen nicht bestehen und dass auch neuere Arbeiten nicht dazu beigetragen haben, diese von manchen Autoren behaupteten Beziehungen glaubhafter zu machen. M. Brasch.

M. Horovitz und **M. v. Zeissl**, Beitrag zur Anatomie der Lymphgefässe der männlichen Geschlechtsorgane, nebst Bemerkungen übet ihr Verhältnis zum Syphilisprozess. Wien. med. Presse 1897, No. 24/25.

Nach den Studien, welche die Verff. an mit Berlinerblau-Lösung oder Quecksilber injicirten Präparaten gemacht haben, kann man oberflächliche und ein tiefliegendes Lymphgefäss des Penis unterscheiden; die ersteren haben ihr Wurzelgebiet in der Nähe der Raphe, das letztere in der Glans, jene liegen subkutan und auf der Tunica albuginea, dieses verläuft unter der Tunica neben der Vena dorsalis penis. Aus einem feinen Gefässnetz am Frenulum steigt rechts und links ein Stämmchen zur Dorsalfläche des Penis, wo beide, getrennt oder vereint, gegen den Schamberg verlaufen, ausserdem pflegen noch jederseits 2—4 von der Raphe entspringende grössere oberflächliche Gefässe am Rücken des Gliedes nach den Lymphknoten der Leiste hinzuziehen. Von einem einheitlichen dorsalen Lymphgefäss oder einem einzigen indurirten dorsalen Lymphstrange kann demnach nicht die Rede sein. Das tiefliegende Lymphgefäss teilt sich an der Symphyse in mehrere Aeste, von denen die Verff. einen direkt, ohne in eine Leistendrüse einzutreten, zu einem Lymphknoten im Becken verlaufen sahen; es muss also ein am Penis eingedrungener Infektionsstoff nicht notwendig seinen ersten Halt in den Leistendrüsen machen, was z. B. für die Beurteilung der Excision des Primäraffektes und der Inguinalknoten von Wichtigkeit ist. Die Lymphgefässe des männlichen Gliedes pflegen, wenn sie einmal aus ihren Wurzelästen zu selbständigen Gebilden hervorgetreten sind, auch selbständig bis zu ihren Lymphknoten weiterzuziehen, die Lymphe ihres Ursprungsgebietes also unvermischt bis zu diesen zu führen. Die Saugadern des Scrotums verlaufen, nachdem sie sich zu stärkeren Gefässen vereint haben, ebenfalls selbständig zu den Drüsen, allerdings aber existiren mannigfache Kommunikationen mit den benachbarten untersten Lymphgefässen des Penis.

Zwischen den Lymphgefässgebieten und den Lymphknoten der Leiste bestehen ganz bestimmte Beziehungen, insofern in der Regel die Gefässe des Penis in die am meisten medial, die des Scrotums in die zunächst lateral gelegenen Drüsen münden, in eine dritte Gruppe noch weiter nach aussen ergiessen sich die Saugadern der Bauchhaut, die von der Aussenseite des Oberschenkels und des Gesässes, und in eine vierte, die von der

Innenseite des Oberschenkels und vom Unterschenkel. Es kann deshalb aus der Veränderung eines Lymphknotens ein Rückschluss auf den Sitz der Erkrankungspforte gezogen werden. H. Müller.

Joh. Seitz, Syphilis der Pfortader. Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte 1897, No. 11.

Ein 63jähr. Mann erkrankte plötzlich mit allmählich sich steigernden und schliesslich einen hohen Grad erreichenden Leibschmerzen und etwas Durchfall, wozu später unstillbares, erst wässeriges, dann blutiges Erbrechen kam; es trat rascher Kräfteverfall ein und der Patient starb am Ende des fünften Krankheitstages. Vor $1^1/_2$ Jahren hatte er schon eine ähnliche Attacke gehabt, die aber rasch vorübergegangen war, und noch früher soll er mehrere Jahre lang an konvulsiven Anfällen gelitten haben. Die Sektion zeigte die in ihrer Wandung verdickte und teilweise verengte Pfortader etwa 2 cm von der Leber entfernt durch einen braunroten, festen, nicht angewachsenen Thrombus verschlossen, der sich nach rückwärts in ihre Aeste hinein fortsetzte. Mehrere dem Jejunum angehörige Darmschlingen waren dunkel-braunrot verfärbt, verdickt und mit reichlicher blutig-schleimiger Flüssigkeit gefüllt, das zugehörige Mesenterium ebenfalls beträchtlich verdickt, blutig sugillirt, seine Venen thrombosirt. Die Leber wies die ausgesprocheneu Erscheinungen einer interstitiellen syphilitischen Hepatitis auf. H. Müller.

L. Thumim, Casuistischer Beitrag zur Komplikation der Schwangerschaft. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 41.

Im Anschluss an die Veröffentlichung eines Falles von Myomectomie bei bestehender Gravidität stellt Verf. nochmals die These auf, bei Komplikation von Gravidität mit Tumoren nur dann operativ vorzugehen, wenn dieselben Erscheinungen machen, vorausgesetzt natürlich, dass ohne operative Entfernung der Geschwulst ein Geburtshindernis nicht entsteht, und erinnert an den so häufigen Kontrast zwischen anatomischem Befund und subjektiven Beschwerden bei mit Tumoren complicirter Gravidität.

A. Martin.

E. Wertheim, Kritische Besprechung der vaginalen Radikaloperation von Prof. L. Landau und Dr. Th. Landau. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 43.

W. befürwortet die Radikaloperation, id est Exstirpatio uteri c. adnexis, bei Beckeneiterungen im Gegensatz zu den beiden Landau's, welche das Péau'sche Prinzip, Exstirpation des Uterus mit event. Zurücklassung der erkrankten Adnexe, vertreten. Bezüglich der Technik räumt er der Ligaturmethode grosse Vorzüge vor dem Klemmverfahren ein.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **16. Oktober.** **No. 42.**

Inhalt: Schultz, Zur Leistungsfähigkeit der glatten Muskeln. — Deucher, Resorption des Fettes aus Klystieren. — Scholz, Neue Methode zur Bestimmung des Kohlenstoffs. — Nakarai, Ueber Hämatoporphyrinurie. — Adler und Bendrend, Harnsäure und Gesammtstickstoff bei Typhus. — Clokez, Bromverbindung des Cholesterins. — Krehl und Matthes, Ueber die Entstehung des Fiebers. — Busse, Ueber das Fortleben losgetrennter Gewebsteile. — Mac Ewan, Behandlung der Prostatahypertrophie. — Harrison, Beobachtungen über Blasensteine. — Holländer, Zur Frage der Blasenverletzung beim Bauchschnitt. — v. Eiselsberg, Zur Chirurgie des Magen und Darmkanals. — Noack, Gerhardt, Ueber die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie. — Fick, Ueber Magenresektion. — Ollier, Ueber Verschluss von Knochenhöhlen durch Osteoplastik. — Klemm, Ueber mechanische Behandlung von Gelenkkrankheiten. — Lübbens, Zur Kenntnis der Augenstörungen bei disseminirter Herdsklerose. — Buck, Beziehung der Gicht zu Ohrenkrankheiten. — Matte und Schultes, Bestimmung der normalen Hörschärfe. — Barnick, Verschluss von Trommelfellöffnungen. — Lichtenberg, Mittelohreutzündung nach Nasenoperation. — Claoué, Hörschärfe und Diensttauglichkeit. — M'Bride und Turner, Ueber die adenoiden Pharynxwucherungen. — Brown, Ueber hysterische Aphonie. — Hepp, Eigentümliche Form von Laryngitis bei Kindern. — Krönig und Paul, Zur Lehre von der Desinfektion. — Blumreich und Jacoby, Beziehung der Milz zur Infektion. — di Mattei, Steigerung der Empfänglichkeit für Infektionen. — Aronson, Desinfektion von grösseren Räumen durch Formalindämpfe. — Siegert, Diuretische Wirkung von Salicylsäure und Coffein. — Hrarder, Fall von Sulfonalvergiftung bei Aufregungszuständen. — v. Starck, Bedeutung des Milztumors bei Rachitis. — Cahen, Seltener Fall von Gallensteinen. — Obalinski, Ueber totale Ausschaltung von Darmstücken. — Schaposchnikoff, Zur Frage über Pericarditis. — Auferecht, Aufhebung des bronchialen Atemgeräusches. — Wertheimer und Lepage, Einfluss der Hirnrinde auf die Bewegungen. — Laehr, Brasch, Ueber Syringomyelie. — Hochhaus, Ueber familiäre spastische Spinalparalyse. — Bernstein, Psychosen bei Chorea. — Quincke, Ueber Meningitis serosa und verwandte Zustände. — Higier, Centrale Hämatomyelie des Conus medullaris. — Fraenkel, Fall von Polyneuritis mit Granulationsgeschwülsten. — Hochsinger, Ueber syphilitische Frühaffektionen. — Vajda, Injektionen in die Harnröhre. — Dieballa, Fall von Sarcoma multiplex cutis. — Vollmer und Aschoff, Studien über Chlorcalciumverwertung. — Richelot, Zur Behandlung des Gebärmuttervorfalls. — Cittadini, Vaginale Hysterectomie. — Dekeyser, Fall von Cervixcarcinom mit Oedem. — Dirmoser, Hyperemesis gravidarum. — Bruthner, Zur Uterustamponade. — Fischel, Lacerationseetropium und Portiocarcinom. — Lockwood, Ovarialhernie.

P. Schultz, Ueber den Einfluss der Temperatur auf die Leistungsfähigkeit der längsgestreiften Muskeln der Wirbeltiere. Archiv f. Physiol. 1897, Seite 1.

Wie GAD und HEYMANS an der quergestreiften, studirte Verf. an der glatten, von ihm als „längsgestreiften" bezeichneten Muskulatur den Einfluss der Temperatur; bezüglich des Apparates, der sowohl für die isometrische, als für die isotonische Kontraktion eingerichtet war, vergl. das Orig. und die beigegebene Abbildung. Benutzt wurde ein aus der Muskelhaut des Froschmagens dargestelltes Präparat. Die isotonische Kontraktion bei Zimmertemperatur stellt, graphisch registrirt, eine Kurve mit steil aufsteigendem und ganz allmählich flach absteigendem Schenkel dar, und zwar betrug das Stadium der steigenden Energie etwa 15 Sekunden, das der sinkenden Energie etwa die 8fache Dauer (2 Minuten); nicht selten blieb ein Verkürzungsrückstand, d. h. die Muskelfasern kehrten nicht ganz mehr zu ihrer ursprünglichen Länge zurück. Die isometrische Kurve hat eine kürzere Längenausdehnung; schon nach 12 Sekunden ist der Gipfel erreicht, der plateauähnlich flach sich darstellt, der absteigende Schenkel kehrt schon nach 40 Sekunden zur Abscisse zurück. Da wiederholte Reizung eine Zunahme des Hubes zur Folge hat und erst weiterhin die Kontraktionen sich gleichförmig verhielten, wurden die Versuche mit wechselnder Temperatur erst nach wiederholter Reizung ausgeführt. Bei steigender Temperatur zeigte die isotonische Zuckung Steigerung der Hubhöhe, Abnahme ihrer zeitlichen Dauer und des Latenzstadiums. Und zwar lag das Optimum der Temperatur bei 39°. Noch stärkere Erwärmung bewirkt immer zunehmendes Flacherwerden des absteigenden Schenkels, wobei der Muskel überhaupt nicht mehr zu seiner ursprünglichen Länge zurückkehrt. Bei 50° erweist sich die Reizbarkeit des Muskels als erloschen. Die isometrische Kurve hat das Maximum der Spannungszunahme und der Abnahme der Zuckungsdauer schon bei 32°; bei 45° tritt Dauerverkürzung auf. Absinken der Temperatur lässt die Hubhöhe der isotonischen Zuckung abnehmen, dagegen nehmen die Latenzzeit und die Zuckungsdauer zu, der aufsteigende Schenkel wird sehr flach, annähernd dem absteigenden Schenkel symmetrisch. Die isometrische Kurve bietet keine wesentliche Gestaltsveränderung dar, nur dass die Latenzzeit und die Zuckungsdauer verlängert sind; bei — 4° ist die Erregbarkeit nur eben noch vorhanden. Dagegen tritt bei — 10° eine Kontraktion auf, ihrer Form nach ähnlich der auf Reiz erfolgenden Zuckung Ein Vergleich zwischen den vorstehenden Erscheinungen an der glatten Muskulatur und den Ergebnissen an den quergestreiften Muskeln schliesst die interessante Abhandlung. I. Munk.

P. Deucher, Ueber die Resorption des Fettes aus Klystiren. D. Arch. f. klin. Med. LVIII. S. 210.

Die Untersuchungen über die Resorption von Fett aus Klysmen sind sehr spärliche; nach MUNK's und ROSENSTEIN's Versuchen beträgt sie circa $5^1/_2$ pCt. des eingeführten. Verf. hat deshalb an Menschen mit gesundem Verdauungsapparat eingehendere Untersuchungen über diese auch praktisch wichtige Frage ausgeführt.

In einer ersten Periode jeder Versuchsreihe wurde die Ausnutzung des mit der Nahrung eingeführten Fettes bestimmt, in einer zweiten wurden zugleich Fettklystiere gegeben und unter der Annahme, dass die Ausnutzung des Nahrungsfettes die gleiche geblieben, die Ausnutzung des in den Dickdarm direkt eingeführten aus der Fettmenge der Fäces berechnet. Die Nahrung bestand aus Magermilch und Brot, deren Fettgehalt bestimmt wurde; zum Klystier bediente sich Vf. einer Emulsion aus Olivenöl (120 g) mit 1proc. Sodalösung (30 g) und weiter einer 0,6 pCt. Kochsalz enthaltenden, die auf 250 g Olivenöl 250 ccm 2proc. Sodalösung und 3 g Kochsalz hatte. Einige Kontrollversuche wurden mit letzterer Emulsion ohne Kochsalz angestellt. Bestimmung des Harnstickstoffs sollte über etwaige eiweisssparende Wirkung des vom Dickdarm resorbirten Fettes Aufschluss geben.

In der ersten Versuchsreihe, die acht Tage dauerte, wurden an den letzten vier Tagen 260,6 g Fett, auf vier Klystiere verteilt, eingeführt; resorbirt wurden davon 17,8 g, d. h. 6,8 pCt. Ein Einfluss auf die Stickstoffausscheidung war nicht deutlich. — In der zweiten Reihe an einer anderen Person betrug die Ausnutzung 31,7 g von 252 g Klystierfett, d. h. 12,6 pCt. Dabei war die mittlere Verweildauer im Darm 21 Stunden gegen 14 Stunden im ersten Versuch. Als darauf ein Fettkochsalzklystier gegeben wurde, stieg die Resorption bei 18,8 Stunden Verweildauer auf 19,5 pCt. Ein eiweisssparender Einfluss des Fettes war auch in diesem Versuch nicht sicher.

Bei einer dritten Person wurden in Summa 145,2 g Fett in fünf Klystieren mit Kochsalzzusatz gereicht; Verweildauer im Mittel 39 Stunden, Resorption 68,3 pCt. Aus Klystieren ohne Kochsalzzusatz resorbirte dieselbe Person von 146 g Fett 56,9 pCt. — Die scheinbar erheblichen Differenzen in der Resorption verringern sich bedeutend, wenn man nicht die procentuale, sondern die absolute Resorptionsgrösse berücksichtigt. Diese sind bei Person I 4,5 g, bei II 7,9 resp. 8,7 g, bei Person III 9,9 bezw. 9,2 g. Es ergiebt sich hieraus, dass die procentuale Ausnutzung (der Ausnutzungscoëfficient) abhängig ist von der Menge des zugeführten Fettes, je grösser diese, um so geringer die Ausnutzung. Die beste Ausnutzung findet sich nach Vf. bei 20 g Fett pro Klystier, mehr als 25 g zu geben würde zwecklos sein und nur eine Materialverschwendung bedingen. Dabei muss das Klystier möglichst lange (mindestens 24 Stunden) zurückgehalten werden, das folgende erst gegeben werden kurz nachdem eine natürliche Darmentleerung erfolgt ist. — Eine geringe Verbesserung der Resorption wird durch Kochsalzzusatz (0,6 pCt.) bewirkt. A. Loewy.

W. Scholz, Eine Methode zur Bestimmung des Kohlenstoffes organischer Substanzen auf nassem Wege und deren Anwendung auf den Harn. Chl. f. inn. Med. 1897, No. 15/16.

Zur Vermeidung der Schwierigkeiten, welche die quantitative Bestimmung des Kohlenstoffes mittelst der Elementaranalyse und Wägung der entstandenen Kohlensäure bietet, schlägt Verf. die folgende, sich an ältere Verfahren, die er einleitungsweise aufführt, anschliessende Methode vor.

Er oxydirt die zu analysirende Verbindung mittelst Kaliumbichromats und concentrirter Schwefelsäure. Hierbei wird nicht der gesammte Kohlenstoff in CO_2 verwandelt, sondern ein Teil geht in niedrigere Oxydationsstufen über. Um auch diese in Kohlensäure zu verwandeln, werden die Verbrennungsprodukte über glühendes Kupferoxyd und weiter (zur Zurückhaltung der Halogene) über erhitztes Bleisuperoxyd geleitet. Die gebildete Kohlensäure wird in mit Barytwasser gefüllten Pettenkofer'schen Röhren aufgefangen und durch Titriren bestimmt.

Wegen der genaueren Anordnung des Apparates und Ausführung der Bestimmung wird auf das Original verwiesen.

Eine C-Bestimmung nach Scholz ist in 2—$2^1/_2$ Stunden beendet und bedarf keiner dauernden Beaufsichtigung; Kontrollanalysen ergaben, dass das Maximum der Differenz gegenüber den Resultaten der Elementaranalyse $\pm$ 2 pCt. betrug. — Verf. hat nun gleichzeitige Untersuchungen des N- und C-Gehalts des Harns zunächst an Gesunden ausgeführt, und zwar sowohl im Hungerzustande wie bei verschiedener Ernährung. Zunächst bestätigte sich, was schon frühere Untersucher gefunden hatten, dass viel mehr Kohlenstoff aus dem Harn ausgeführt wird, als dem auf Harnstoff berechneten Stickstoff entspricht; $\frac{C}{N}$ im Harnstoff ist $= 0{,}43$, während Verf. meist den Quotienten über 0,5 liegend fand, bis zu 0,95 hinauf. Dabei sind die bei derselben Versuchsperson zu beobachtenden Schwankungen desselben nicht unerheblich und selbst bei gleichmässiger Ernährung vorhanden. Wechsel der Ernährung hat keinen klar erkennbaren Einfluss auf das Verhältnis von C : N erkennen lassen.

Es ergiebt sich aus diesen Resultaten, dass rechnerische Feststellung des Harnkohlenstoffs aus dem ermittelten Harnstickstoff auf Grund eines angenommenen festen Verhältnisses zwischen beiden nicht angängig ist. A. Loewy.

Nakarai, Ueber Hämatoporphyrinurie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. LVIII. S. 165.

Nach einer historischen, die bisherigen Arbeiten über Hämatoporphyrinurie zusammenfassenden Einleitung berichtet Verf. von eigenen Untersuchungen, die 250 Bestimmungen an 144 Patienten betreffen. Er wollte die bisher noch stark divergirenden Ansichten über die Häufigkeit des Auftretens von Hämatoporphyrin im Harn, und speziell sein von Stokvis behauptetes Vorkommen bei Bleivergiftung feststellen. Seine Methode des Nachweises war die Salkowski'sche: Behandlung des Harns mit Bleiacetatlösung oder Barytwasser, Ausziehen des mit Wasser und absolutem Alkohol gewaschenen Niederschlages mit salzsäurehaltigem Alkohol, Filtration nach gelinder Erwärmung, spektroskopische Untersuchung.

Hämatoporphyrinurie fand sich nur selten, nämlich bei 10 Kranken unter 144. Bei allen untersuchten 6 Bleikranken, 2 Darmtuberkulösen unter vieren; einmal bei Rheumatismus unter 17 untersuchten Fällen, einmal bei Empyem nach Sulfonalgebrauch. Die Erkrankungen, bei denen es sich nicht fand, erstrecken sich auf die verschiedensten organischen und funktionellen Leiden. Die Farbe des hämatoporphyrinhaltigen Harns

schwankte zwischen wasserhell und rot-gelb, so dass aus der blossen Betrachtung des Harns kein Urteil über sein Verhalten abzugeben ist. Das saure Alkoholextrakt zeigte dagegen bei positivem Befunde eine eigentümliche fluorescirende, rötliche Farbe.

Was die prognostische Bedeutung der Hämatoporphyrinurie, speziell bei den Bleikranken, bei denen sie konstant gefunden wurde, betrifft, so scheint sie keine ungünstige zu sein; sie bestand noch, allerdings in geringem Maasse, fort, wenn die Kranken beschwerdefrei aus dem Krankenhause entlassen wurden. — Bezüglich der Aetiologie konnte Verf., gleichwie schon andere Autoren, die Anschauung von Stokvis, dass sie auf Magendarmblutungen und Zersetzung des ergossenen Blutes beruhe, in Tierversuchen nicht bestätigen. — Bezüglich der von Stokvis angegebenen sog. physiologischen Hämatoporphyrinurie, die dieser Forscher mit dem Hämoglobin der Nahrung in Zusammenhang bringt, fand Verf. an Raubtieren nur negative Ergebnisse. A. Loewy.

H. Adler und **E. B. Behrend**, Zur Kenntnis der Gesammtstickstoff- und Harnsäure-Ausscheidung bei Typhus abdominalis. Prag. med. Wochenschrift 1897, No. 17.

Das Verhalten der Harnsäureausscheidung beim Abdominaltyphus ist noch streitig; nach den Befunden der einen Reihe von Autoren ist sie gesteigert, nach denen anderer nicht. Die Verff. haben nun an fünf Typhuskranken Harnsäure und Harnstoff an je 7 aufeinander folgenden Krankheitstagen bestimmt, wobei in einigen Fällen die letzten Tage der Untersuchungsreihe bereits fieberfrei waren.

Irgend ein gesetzmässiges Verhalten der absoluten Harnsäuremenge oder des Verhältnisses, in dem sie zum Gesammtstickstoff ausgeschieden wird, konnte nicht konstatirt werden. Von letzterem betrug der auf Harnsäure entfallende Stickstoff überwiegend 0,8—1,5 pCt., einigemal über 2, 1mal 4 pCt. — Die absolute Harnsäuremenge schwankte natürlich individuell stark, wechselte auch bei derselben Versuchsperson von Tag zu Tag, überschritt jedoch nicht deutlich die normalen Grenzen. A. Loewy.

Ch. Cloëz, Sur la cholésterine. Compt. rend. 1897, No. 16.

Cholesterin verbindet sich mit Brom leicht zu einem Körper, der auf ein Molekül Cholesterin zwei Moleküle Brom enthält.

Verfasser fand nun, dass, als er zu einer Lösung von Cholesterin in Schwefelkohlenstoff eine solche von Brom gleichfalls in Schwefelkohlenstoff hinzufügte, ein Krystallbrei, aus mikroskopischen Nadeln bestehend, sich bildete, als erst die Hälfte des theoretisch geforderten Broms hinzugesetzt war. Da nun eine ungesättigte Verbindung von der Formel $C_{26}H_{44}OBr$ nicht möglich ist, nahm Verf. an, es könne sich um eine Verbindung von Cholesterindibromür + Cholesterin ($C_{26}H_{44}OBr_2 + C_{26}H_{44}O$) handeln, und versuchte sie systematisch darzustellen. Eine Lösung von Cholesterin in Schwefelkohlenstoff wurde in zwei gleiche Teile geteilt, der eine mit Brom gesättigt, dann die zweite Hälfte der Cholesterinlösung in

der Kälte hinzugefügt. Es bildeten sich dieselben Krystalle; sie schmelzen bei 112° unter Zersetzung, lösen sich leicht in Chloroform, Aether, Benzol, Schwefelkohlenstoff. In letzterem jedoch nicht bei niederer Temperatur. Auch in heissem Alkohol sind sie löslich und krystallisiren beim Erkalten aus. A. Loewy.

L. Krehl und M. Matthes, Wie entsteht die Temperatursteigerung des fiebernden Organismus? Archiv f. experim. Path. u. Pharm. XXXVIII. S. 284.

Die Temperatur des Körpers ist gegeben durch das Verhältnis von Wärmeproduktion und Wärmeabgabe. Es fragt sich nun, welcher beider Faktoren beim Fieber eine Aenderung erleidet und ob der Mechanismus überhaupt ein einheitlicher ist, es also nur eine Art von Fieber oder mehrere giebt. Um ein Urteil über die Grösse der Wärmeproduktion und -Abgabe des fiebernden Organismus zu erlangen, sind bisher folgende Methoden angewandt worden: die direkte calorimetrische Untersuchung, die indirekte Calorimetrie, d. h. die Bestimmung des in 24 Stunden zersetzten Eiweisses und Fettes, endlich die Bestimmung von Sauerstoffabsorption und Kohlensäureproduktion nach REGNAULT und REISET mit der Verbesserung von PFLÜGER und ZUNTZ. Die übergrosse Mehrzahl der bisherigen, an Tier und Menschen ausgeführten Untersuchungen lässt im Fieber eine Steigerung der Wärmeproduktion des Organismus erkennen; nur vereinzelt ist Fieber ohne Erhöhung der Wärmeabgabe beobachtet worden.

Die Verff. benutzten den Tierversuch und arbeiteten mit RUBNER's Calorimeter. Die genauere Methodik der Versuche ist im Original nachzusehen. Es wurden Hungerperioden in fieberfreiem und fieberhaftem Zustande verglichen; die Normalversuche dauerten mindestens $4^1/_2$ Stunden, meistens 10—12, und zeigten die Wärmeabgabe sowohl durch Leitung und Strahlung, als auch durch Wasserverdampfung bei Meerschweinchen und Kaninchen sehr gleichmässig. Alsdann wurde Fieber mit Körpern der verschiedensten Art erzeugt, 3proc. Arg. nitr. Lösung, Deuteroalbumosen der mannigfaltigsten Herkunft, Pneumobacillen, Protozoën, endlich Peptonbouillon, nach Wachstum verschiedener virulenter Bakterien sterilisirt. Es wurden die Deuteroalbumosen sowohl gesunden wie tuberkulösen Tieren eingespritzt. Bei hungernden Tieren trat nach Albumosen statt des Fiebers oft Collaps ein, während lebende Mikroorganismen auch im Hungerzustand stets Fieber erzeugten. Bei der Beobachtung der Temperatur sind die drei Perioden des Anstiegs, der Höhe und des Abfalls zu unterscheiden. Der Anstieg erfolgte stets unter Erhöhung der Wärmebildung; dieselbe war durchschnittlich im Verhältnis zur Norm wie 110 : 100. Die Steigerung der wärmebildenden Umsetzungen und die Grösse des Temperaturzuwachses gehen durchaus nicht parallel. Die Wärmeabgabe durch Leitung und Strahlung ist herabgesetzt, die durch Wasserverdampfung nicht wesentlich von der Norm verschieden. Zwischen verschiedenen Tieren und zwischen Fiebern aus verschiedenen Ursachen besteht kein charakteristischer Unterschied. Auf der Höhe des Fiebers ist die Wärmebildung erhöht, im Mittel wie 119 : 100. Höhe des Fiebers und Steigerung der Wärmebildung sind auch hier ohne Beziehung. Auch die speziellen Ursachen des Fiebers

scheinen keinen Einfluss zu haben, wohl aber Ernährungszustand und Individualität. Ein geringer Teil der Steigerung kommt auf die gesteigerte Atmung. Die gefundenen Zahlen entsprechen den von früheren Beobachtern an Mensch und Tier gefundenen gut. Die Wärmeabgabe ist gleichfalls erhöht, die Verteilung derselben auf Leitung und Strahlung einer-, Wasserverdunstung andererseits, wie in der Norm. Aber gerade dieses Gleichbleiben der Wasserverdunstung beim Fieber ist als krankhaft anzusehen, da bei gesteigerter Wärmebildung des nicht-fiebernden Menschen die Wasserverdunstung beträchtlich ansteigt. Beim Temperaturabfall ist die Wärmeproduktion meist herabgesetzt; die Wärmeabgabe ist nicht konstant.

Der bei tuberkulösen und hungernden Tieren nach Einspritzung von Albumosen oft eintretende Collaps verläuft fast stets mit beträchtlicher Herabsetzung der wärmebildenden Prozesse, im Durchschnitt 72 : 100. Die Wärmeabgabe schwankt, ist aber häufiger vermindert als vermehrt; am stärksten herabgesetzt ist die Leitung und Strahlung von Seiten der Haut. Fieber mit Erhöhung der Wärmebildung und Collaps mit Herabsetzung derselben liegen nahe beieinander. Je schwächer das Tier, desto leichter collabirt es. Die thatsächlich vorkommenden Fieber ohne erhöhte Wärmeproduktion lassen auf eine Neigung des Tieres zum Collaps schliessen. Es giebt allerdings vereinzelte derartige Fälle, wo auch diese Erklärung versagt. Jedenfalls hängt es nicht von der Aetiologie ab, ob ein Fieber mit Erhöhung der Wärmebildung oder ohne dieselbe einhergeht.

Was die Quellen der Wärmebildung im fiebernden Organismus betrifft, so sind die chemischen Vorgänge die einzige Quelle derselben. Der vornehmliche Grund der Temperatursteigerung beim Fieber liegt, ob nun die Oxydationen gesteigert sind oder nicht, immer in der mangelhaften Wärmeabgabe. M. Rothmann.

O. Busse, Ueber das Fortleben losgetrennter Gewebsteile. Virchow's Arch. Bd. 149. S. 1.

Bei der Untersuchung von Nasenpolypen aus der Pars respiratoria beobachtete Verf. wiederholt, dass noch 9, 14, ja 18 Tage nach der Exstirpation eine Bewegung der Flimmerepithelien erhalten war. Diese Beobachtung, zusammen mit den Resultaten anderer Forscher, beweist, dass einzelne Gewebsteile nach der Exstirpation oder dem Tode des Gesammtkörpers noch über Wochen ihr Leben und Lebensäusserungen bewahren können.

Neben den flimmernden Epithelien sind es die roten Blutkörperchen, die Wanderzellen, die Muskeln u. a. m. Verfasser beobachtete Bewegungen von Spermatozoën, die 14 Stunden vorher der Samenblase eines toten Meerschweinchens entnommen waren. Selbst bei Fäulnis des umgebenden Gewebes lässt sich das Erhaltensein des Lebens einzelner Elemente konstatiren.

Verf. sucht diese Beobachtungen zu Gunsten der Grawitz'schen Lehre gegenüber den Senftleben-Leber'schen Expérimenten auszunutzen. Auch die von letzteren transplantirten Hornhäute waren nicht abgestorben; sie zeig-

ten daher nur die in transplantirter lebender Cornea auftretenden Gewebsveränderungen.

Verf. polemisirt scharf gegen Marchand und Göcke, die den Grawitz'schen Versuchen jede Bedeutnng absprechen. M. Rothmann.

Mac Ewan, Discussion on the surgical treatment of prostatic hypertrophy. 64. meeting of the Brit. med. Assoc. Brit. med. journ. 1896, Oct. 10. p. 989.

Mac Ewan leitete durch längeren Vortrag eine grosse Debatte auf dem Meeting der Brit. med. Assoc. zu Carlysle über die Behandlung der Prostatahypertrophie vornehmlich durch Kastration nnd Resektion des Vas deferens ein. Er selbst hat das erstere Verfahren bei 3 Patienten geübt, darunter bei einem mit günstigem, bei den beiden anderen mit mässigem, bezw. fehlendem Erfolg, soweit dieses die relativ kurze Beoachtnngsfrist erkennen lässt. Von den beiden mit Resektion des Vas deferens durch ihn behandelten Fällen starb der eine nach einer Woche an Urämie, der andere bot zwar funktionelle Besserung, doch blieb das Volum der Prostata unverändert. Seine Schluss-Thesen gehen dahin: 1. Dass in einem erheblichen Teil der Fälle Kastration zu Atrophie der Prostata führt, indem dabei ein physiologischer Stoff verloren geht, der zu ihrer Ernährnng erforderlich ist. 2. Die Atrophie erfolgt am leichtesten bei der weichen, elastischen Form der Hypertrophie, kann aber auch bei der harten Form, selbst bei gleichzeitiger Arteriosklerose eintreten. 3. Der beste Erfolg wird bei allgemeiner Hypertrophie der Drüse erzielt. Die aufsitzende Vergrösserung des Mittellappens kann durch Kastration zurückgehen, intravesicale Auswüchse sind dagegen in der Regel mehr für Prostatectomie geeignet. 4. Nicht zu weit gediehene Cystitis kann geheilt werden. 5. Höhere Grade von Cystitis und gleichzeitigen störenden Blasensymptomen, sowie septischer Niereninfektion haben grösseren Vorteil von Blasendrainage. 6. Blasenkontraktion kann selbst nach jahrelangem Kathetergebrauch sich wieder einstellen. 7. Auch wenn willkürlich Blasenthätigkeit nicht wieder kommt, so kann doch Kastration Erleichterung schaffen, wenn der häufige Katheterismus schmerzhaft und schwierig ist. 8. Mit der erwähnten Ausnahme giebt Kastration ebenso gute Resultate wie Prostatectomie, jedoch mit geringerer Sterblichkeit. 9. Resektion des Vas deferens wirkt langsamer auf die Verkleinerung der hypertrophischen Prostata, als Kastration; 10. es ist aber die einfachere Operation, der der Kranke eher zustimmt, nnd kann daher früher als diese empfohlen werden.

Die Reduer sprachen sich im Allgemeinen sehr vorsichtig über den Nutzen der Kastration resp. Resektion des Vas deferens aus. R. Harrison, der von 12 Fällen letzterer einseitig ausgeführten Operation mit 7 positiven und 5 negativen Erfolgen 2 in extenso mitteilt, nnd nnter 10 Patienten die Resektion anf beiden Seiten, und zwar zu zwei, durch eine Frist von einem Monat getrennten Zeiten bei je 5 mit resp. ohne Erfolg verrichtet hat, schliesst damit, dass wir noch mehr Erfahrungen sammeln müssten über die Fälle, in denen der eine oder andere Eingriff angezeigt ist. Mansell Moullin empfiehlt für viele Fälle die Prostatectomie, die zwar im Allge-

meinen, weil vielfach in vorgeschrittenen Fällen gemacht, eine ziemlich hohe Sterblichkeit hat, welche aber von ihm 5mal mit † 0, von Mago Robson 11mal mit † 1 gemacht ist. Von den Operationen an den Geschlechtsdrüsen kann er nur die Castratio duplex empfehlen. Er hat diese 11mal verrichtet, 3mal mit tödlichem Ausgang (durch Urämie resp. Herzschwäche und Hirnschlagfluss). Bei 2 traten zwar nicht psychische, aber anderweitige störende Symptome auf. Die Resektion des Vas deferens, bei 3 Patt. ausgeführt, hatte 1mal tödlichen, 2mal guten Erfolg auf die Funktion, aber Fehlen eines solchen bezüglich der Hypertrophie selbst.

Im Uebrigen ward sachlich wenig Neues beigebracht; zu erwähnen ist der drastische Ausspruch von John Chiene, Professor in Edinburgh und Schüler Lister's, dass es für einen Mann besser sei, mit einer Damm-Drainage als ohne beide Hoden zu leben. P. Güterbock.

R. Harrison, Observations on vesical stone aced prostatic disorders, being the Bradshaw lecture delivered before the royal college of surgeous of England on December 9, 1896. New York Med. Record 1896, Dec. 19.

H. glaubt, dass vielleicht das häufige Wiederkehren von Phosphatsteinen bei Prostatikern verhindert werden kann durch Entfernung der Hoden, bezw. durch Unterbindung ihres Ausführungsganges. Er citirt in diesem Sinne einen von anderer Seite so behandelten hierhergehörigen günstigen Fall. Um aber der grossen Sterblichkeit, welche der hohe Schnitt in den mit demselben behandelten schweren Fällen bietet, entgegen zu treten, hat Verf. die Steinzertrümmerung vom Damme her in 15 Fällen ausgeführt unter über 300 Fällen von Steinzertrümmerung überhaupt; in keinem von diesen trat Tod oder Steinrecidiv ein. Als Vorteile der Steinzertrümmerung vom Damm her bezeichnet H. 1. die Möglichkeit, grosse Steine in kurzer Zeit zu zertrümmern und zu entfernen; 2. die im Vergleich mit den verschiedenen Steinschnitten geringe Lebensgefahr, welche die Anwendung der Operation bei alten, schwachen Personen ermöglicht, vorausgesetzt, dass die gewöhnliche Steinzertrümmerung nicht zulässig ist; 3. die viel grössere Wirksamkeit der direkten Ausspülung der Blase und ihrer Taschen mittelst stärkerer Evacuationskatheter, als auf dem Wege der Harnröhre möglich ist; 4. die Möglichkeit der direkten Untersuchung der Blase mittelst Finger oder der zur Zertrümmerung gebrauchten Zange bezüglich des Freiseins des Blaseninneren von Steinresten; 5. die Möglichkeit, in gewissen Fällen von Prostatavergrösserung und Verlegung des Blasenzuganges in Verbindung mit Blasenatonie nicht nur die Entfernung des Steines, sondern auch die Wiederherstellung der normalen Blasenentleerung zu erreichen; 6. durch Nachbehandlung mittelst Drainage vom Damm her Heilung oder wenigstens Besserung cystitischer Zustände zu erzielen.

Heilung der Dammwunde hat H. nie vermisst, ausser wenn er sie absichtlich offen liess, wie z. B. in Fällen von Striktur des tiefen Harnröhrenabschnittes.

Zur Steinzertrümmerung bediente sich H. einer besonderen Zange, deren Dicke nicht stärker ist, als die seines Zeigefingers.

Mit einem Zukunftsblick auf die diagnostischen Dienste, die in Blasen-

steinfällen von den Röntgen'schen Strahlen zu erwarten sind, schliesst der an treffenden Zwischenbemerkungen reiche Vortrag H.'s.

P. Güterbock.

E. Holländer, Zur Frage der Blasenverletzung beim Bauchschnitt. (Aus der chir. Abteil. der jüd. Krankenh. zu Berlin.) Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 42.

H. teilt 2 Fälle von Blasenbruch mit, welche sich von den vom Ref. u. A. veröffentlichten Fällen — vielleicht einzelne (drei) Ausnahmen (von Israel, Berger und Gueulliot) abgerechnet — dadurch unterscheiden, dass keine Lipocele bestand, vielmehr Zipfel der Blase mit dem Bruchsack durch peritonitische Verwachsungen verlötet waren. — In dem ersten Falle handelt es sich um Operation eines eingeklemmten rechtsseistigen Leistenbruches. Nach dem nichts Besonderes bietenden Eingriff (NB. Die Reposition des Darmes wird erwähnt, die Behandlung des Netzes aber nicht. Ref.) glatte Heilung. 6 Wochen später Wiederaufbrechen der Narbe und Abstossung der zur Abschnürung der Bruchpforte gebrauchten Seidennähte. Ein Granulationskopf, der nicht secernirt, bleibt bestehen, beim Uriniren Krampf in der Leiste. Eine Harnabsonderung fand auch weiterhin nicht statt; man gelangt durch einen längeren Gang in einen grossen Hohlraum mit der Sonde, die sich mit einem in die Blase geführden Metallkatheter begegnet. Offenbar war die Blase mit einem Zipfel beim Abbinden des Bruchsackes mitgefasst worden. Dass keine Harnsekretion stattfand, schreibt Verf. einem Ventilverschluss am Zipfelabgang zu. — Der 2. Fall betrifft einen Befund gelegentlich der Entfernung eines rechtsseitigen Eierstocks-Dermoids bei einer 48jähr. Frau, die gleichzeitig einen rechtsseitigen Schenkelbruch hatte. Ein mit der Rückseite am Bauchfell fixirter Zipfel der Blase fand sich bei der Laparotomie genau nach der inneren Bruchpforte zu orientirt und konnte ein Katheter in ihn geführt werden. An seiner Spitze eine hämmorrhagische Pseudocyste. Heilung ohne Blasenverletzung.

P. Güterbock.

A. v. Eiselsberg, Zur Casuistik der Resektionen und Enteroanastomosen am Magen und Darmkanal. Arch. f. klin. Chir. LIV. S. 568.

E. giebt in der vorliegenden Arbeit einen sehr ausführlichen Bericht über die Magen- und Darmoperationen, welche er in Königsberg vom März bis Ende des Jahres 96 ausgeführt hat.

Der Bericht umfasst nicht weniger als 40 Fälle. 20mal konnte die Radikaloperation, d. h. Resektion mit nachfolgender Naht ausgeführt werden, 17mal musste sich E. auf Palliativoperationen, Enteroanastomosen mit oder ohne totale Ausschaltung der erkrankten Partieen beschränken, 3mal wurde je eine Plastik, Jejunostomie und eine Gastrotomie gemacht.

28mal erzielte E. Heilung per primam, 4mal erfolgte Eiterung, 7mal Exitus, 1mal blieb die Operation ohne Erfolg (Tuberkulose des Darms).

Von den 7 Todesfällen kommen 3 auf Operationssepsis, ein vierter Patient litt bereits bei der Operation an jauchiger Peritonitis, einer starb infolge eines technischen Fehlers bei der Anastomosenbildung; 2 wurden

in so elendem Znstande operirt, dass sie bald nach dem Eingriff im Collaps starben.

Am Magen hat E. in der knrzen Zeit 22 (3 †) Operationen ausgeführt, und zwar 5 Resektionen (1 †), 13 Gastroenterostomien (2 †), einmal mit Pylorusausschaltung, 1 Jejunostomie, 1 Gastrotomie wegen Bezoar, eine Magenwandresektion wegen Myofibrom nnd eine Heinecke-Mikulicz'sche Operation wegen Sanduhrmagens.

E. hält die Resektion für indicirt nur bei gut beweglichen, relativ kleinen Tumoren; die Gastroenterostomie soll ausgeführt werden, wenn die Patienten starke Beschwerden haben, und durch Spülungen, Diät u. s. w. Besserung nicht zu erzielen ist; es soll nicht operirt werden, wenn nur Cachexie vorhanden ist, nnd Stenosenerscheinungen fehlen. — Die Pylorusausschaltung ist am Platze, wenu heftige Schmerzen oder Blntungen vorliegen. Ist wegen grosser Ausdehnung des Carcinoms auch eine Gastroenterostomie nicht mehr ansführbar, dann wird die Jejunostomie gemacht.

Für die Resektion wählt E. die Billroth'sche Methode; für die Gastroenterostomie hält er die v. Hacker'sche Methode, die Gastroenterostomia retrocolica der antecolica überlegen; die letztere wird nur ausgeführt, wenn die Verwachsungen an der Hinterwand die Ausführung der Retrocolica hindern. Für die Jejnnostomie hat sich die Witzel'sche Methode wieder glänzend bewährt. Trotz strenger Indikationsstellung sind die Dauerresultate, wie es in der Natur der Erkrankung liegt, nicht sehr erfreulich; sie sind bei den Resektionen etwas besser, als bei den Palliativoperationen.

Am Darmkanal hat E. 18mal operirt († 4); auch hier handelte es sich znm Teil um ausgedehnte Resektionen, wegen Ileus, Tumoren, Tuberkulose etc., oder um Enteroanastomosen, entweder allein oder mit totaler Darmausschaltung; bei der totalen Darmausschaltung näht v. E. nach Hochenegg's Vorgang die beiden Endeu des ausgeschalteten Stückes in die Haut ein; die Versenkung nach Obalinski hält er für gefährlich. Kotfisteln resp. Anus praeternaturalis rät v. E. radikal, durch keilförmige Darmwand oder durch ringförmige Resektion und nachfolgender Naht zu behandeln. Bezüglich der Vereinigung zweier Darmenden hält v. E. die axiale Apposition gegenüber der lateralen für die bessere Methode; nur die erstere schafft völlig normale Verhältnisse.

In Bezug auf die Einzelheiten verweisen wir auf die sehr lesenswerte Originalarbeit. Borchardt.

Noack, Erfahrungen über die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie. Münch. med. Wochenschr. 1897, 9. Febr.

Gerhardt, Zur Infiltrationsanästhesie nach Schleich. Ebenda

Beide Verff. sind bestrebt, der Schleich'schen Infiltrationsanästhesie zu der Anerkennung und zu der Verbreitung zu verhelfen, welche die geniale Methode in der That verdient. Speziell der erste Autor hat die Vorzüge der Schleich'schen Methode nicht nur in der „kleinen" Chirurgie erprobt, sondern er hat auch eine Reihe grösserer Operationen, Cholecystotomie, Appendixexstirpation unter Lokalanästhesie mit vollem Erfolge ausgeführt. Unzureichend scheint ihm die Methode für Operationen am Warzenfortsatz und für Tracheotomien. M. Borchardt.

W. Fick, Ueber Magenresektion. Arch. f. klin. Chir. LIV. S. 528.

F. berichtet über 6 Fälle von Magenresektion, die Zoege v. Manteuffel ausgeführt hat. F. hält die Resektion bei bösartigen Stenosen indicirt, auch ohne Rücksicht auf die Chancen der Radikalheilung; die Resektion ist der Gastroenterostomie überlegen. Setzt die Resektion im Moment der Operation eine grössere Widerstandsfähigkeit des Kranken voraus, so haben die Patienten dafür nach der Operation günstigere Chancen, vor allem günstigere Ernährungsbedingungen. Die Störungen, welche bei der Gastroenterostomie nicht selten beobachtet werden, Uebelkeit, Erbrechen, das Ueberfliessen von Galle und Pankreassaft in den Magen u. s. w., fehlen bei der Resektion.

Die Resektion wurde in den beschriebenen 5 Fällen nach der Kocher'schen Methode ausgeführt; dieselbe hat sich bei Zoege v. Manteuffel ausserordentlich bewährt. 5mal handelte es sich um bösartige Tumoren, 1mal um eine gutartige Stenose. Von den ersteren 5 war einer erst kurz vor der Veröffentlichung operirt. Eine zweite starb ca. 1 Jahr nach der Operation an einem Recidiv, der dritte blieb $^1/_2$ Jahr recidivfrei, bei dem vierten war wegen starken Zerfalls, wegen Jauchung und Drüsenmetastasen überhaupt nicht an eine Radikalheilung zu denken, und der fünfte endlich starb im Anschluss an die Operation. M. Borchardt.

M. Ollier, De l'ostéoplastie appliquée à l'occlusion des cavités osseuses accidentelles et en particulier des cavités laissées par les larges évidements des os. Gaz. méd. 1897, No. 28—30.

Abnorme Knochenhöhlen, wie sie im Verlaufe von Knochenerkrankungen oder nach operativen Eingriffen zu stande kommen, schliessen sich, wenn sie ausgedehnt sind, wegen der Starrheit ihrer Wandungen nur schwer von selbst. So zeigen die langen Knochen, und von diesen vorzugsweise die Tibia, nach Ausräumungen häufig solche Hohlräume; von kurzen Knochen muss namentlich der Calcaneus oft bis auf eine dünne Aussenschicht ausgeschabt werden. Man schliesst solche Hohlräume entweder so, dass man eine ihrer knöchernen Wandungen entfernt, oder so, dass man diese nur beweglich macht, um im ersteren Falle das Periost, im letzteren den Knochen selbst der gegenüberliegenden Wand anzulagern. Bleibt nur das Periost zurück, so wird zunächst die Resistenz des betreffenden Knochens vermindert; von der Beinhaut ausgehende neue Ossifikationen führen bald wieder die nötige Festigkeit herbei; indess empfiehlt sich dies Verfahren namentlich dann, wenn unter dem Einfluss einer Osteomyelitis starke Verdickungen eingetreten sind und so der Fortfall einer der Wände ohne Nachteil erscheint. In allen übrigen Fällen empfiehlt sich das zweite Verfahren, die Bildung eines Knochenlappens, der der gegenüberliegenden Wand einfach angelagert oder mit ihr durch Metallschrauben oder Nähte vereinigt wird. Die Bildung dieser Knochenlappen hängt von dem betreffenden Falle ab; eventuell wird man denselben auch aus anderen Teilen des betreffenden oder eines Nachbarknochens entnehmen. Die Einfügung des Lappens, der stets noch mit dem Periost und den Weichteilen, bei oberflächlichen Partieen auch mit der Haut in Verbindung bleiben soll,

geschieht nach Verschiebung oder teilweiser Drehung des Periostteils. Die Entnahme von Knochenstücken aus entfernteren Teilen desselben Individuums oder Anderer soll nur ausnahmsweise geschehen. Joachimsthal.

P. Klemm, Ueber mechanische Behandlung verletzter und erkrankter Gelenke. Petersb. med. Wochenschr. 1897, No. 28.

Klemm verwendet die Massage im Verein mit aktiven und passiven Bewegungen 1. bei allen subkutanen Gelenkrheumen [a) Distorsion, b) Fraktur, c) Luxation]; 2. bei einigen Formen der fungös-granulirenden Gelenktuberkulose; 3. beim Rheumatismus articul. chron.; 4. bei den deformirenden Gelenkerkrankungen; 5. bei den Folgezuständen akuter Gelenkerkrankungen nach Rückgang der entzündlichen Prozesse. Joachimsthal.

A. Lübbers, Beitrag zur Kenntnis der bei der disseminirten Herdsklerose auftretenden Augenstörungen. Arch. f. Psych. XXIX. S. 768.

Unter 11 Fällen von disseminirter Herdsklerose fand Verf. niemals ausgesprochene Atrophia nervi optici, 6mal aber — 3mal doppelseitig und 3mal einseitig — unvollständige atrophische Verfärbung der ganzen Papille, d. h. die inneren Teile der Papille zeigten noch eine Spur von dem normalen rötlichen Reflex des Sehnerven, während die äusseren Teile gewöhnlich die atrophische Färbung sehr ausgesprochen darstellten. In allen Fällen bestanden Sehstörungen. In 5 Fällen, 1mal doppelseitig und 4mal einseitig, fand sich atrophische Verfärbung der temporalen Papillenteile, d. h. die inneren Teile der Papille reflektirten normal rötlich, während die äusseren deutlich verfärbt erschienen, analog wie die temporale Abblassung der Papillen auf dem Gebiete der Intoxikationsamblyopie. Auch hier fanden sie sich bei allen Sehstörungen. Ophthalmoskopisch normaler Befund fand sich 3mal. Die Sehstörungen waren sehr mannigfach und veränderlich und bestanden entweder nur in einer Beeinträchtigung der Sehschärfe oder nur in Gesichtsfeldanomalien, oder aber, was meistens der Fall war, in beiden zusammen. 7mal fand sich centrales Skotom mit freier Gesichtsfeldperipherie, 1mal centrales Skotom mit gleichzeitig peripherer Gesichtsfeldbeschränkung und 2mal Gesichtsfeldbeschränkung, mehr unregelmässig bei relativ intaktem centralen Sehen. Regelmässige funktionelle concentrische Gesichtsfeldbeschränkung wurde niemals beobachtet. Von Augenmuskellähmungen kamen 2mal solche des Abducens und 4mal unvollständige des Oculomotorius vor, sowie 3mal eine Parese associirter Augenbewegungen (Blicklähmungen).

Nystagmus wurde 6mal und nystagmusartige Zuckungen 9mal, 4mal in Verbindung mit Nystagmus, beobachtet.

Was das Verhalten der Pupillen anlangt, so fand sich nur wenig Abnormes und Charakteristisches, insbesondere wurde eine reflektorische Pupillenstarre kaum angetroffen. Horstmann.

Buck, Goutiness in its relation to diseases of the ear. Med. Record. 1897, May 22.

Nach B. kommen nicht allzu seltene Erkrankungen des Ohres vor, die auf Gicht zurückzuführen sind. Verhältnismässig am häufigsten handle es sich um Eczeme des äusseren Gehörganges; in seltenen Fällen würden auch die oberflächlichen Schichten des Knochens befallen. Die Ursache dieser Entzündungen sei wahrscheinlich in der Ablageruug von Uraten zu suchen. Auch Erkrankungen der Mittelohrschleimhaut können, nach B., auf gichtischer Basis beruhen und zum Beweise dafür teilt er zwei Fälle mit, die, nach erfolgloser lokaler Behandlung, durch antigichtische Therapie gebessert worden seien. Schwabach.

Matte und Schultes, Beitrag zur Bestimmung der normalen Hörschärfe. Arch. f. Ohrenheilk. XLII. S. 275.

Nachdem die Verff. zunächst konstatirt hatten, dass sie selbst mittelstarke Flüstersprache in der ganzen Länge eines 50 Meter langen Raumes deutlich hörten (das Maximum der Hörschärfe war deshalb nicht festzustellen), nahmen sie in derselben Weise die Prüfuugen bei Soldaten vor und fanden, dass von den geprüften 400 Gehörorganen 344 die Flüsterzahleu sofort richtig vernahmen; hei 37 stellten sich Fehler von Anfang an, bei 12 während der Prüfung, hei 4 am Eude derselhen ein; 3 hlieben trotz längerer Prüfung unsicher. Frühere Untersuchungen an Schulkindern hatten für gut hörende Kinder eine Hörweite von 35—40 m ergeben. Verff. meinen demnach, dass für den Ahlauf des ersten his zum dritten Deceunium eine Hörschärfe von 35—40 m nicht zu hoch gegriffen sei. Schwahach.

Barnick, Ueber den dauernden Verschluss überhäuteter Trommelfellöffnungen. Arch. f. Ohrenheilk. XLII. S. 265.

B. herichtet über 11 Fälle, bei denen es ihm gelang, durch Aetzungen der Perforationsränder mit Acid. trichloracet., wie sie vor einigen Jahren von Okuneff empfohlen worden sind, überhäutete Trommelfellöffnungen zum Verschluss zu bringen. Mit diesem Verschluss nahm nicht nur in fast allen Fällen die Hörweite hedeutend zu, sondern es stellte sich auch die Gehörswahrnehmung für tiefe Töne wieder ein; nur in 1 Falle wurde keine Besseruug der Hörschärfe erzielt. Schwabach.

K. Lichtenberg, Entfernuug eines Nasenpolypen; akute Mittelohrentzündung; otogener Abscess der mittleren Schädelgruhe; Antrectomie; Schädeltrepanation; Heilung. Wien. med. Wochenschr. 1897, No. 29.

In der Ueberschrift ist hereits das Wesentliche von Vf.'s Mitteilungen zusammengefasst. Ergänzend mag hinzngefügt werden, dass sich die deletären Erscheinungen innerhalb 4 Wochen in unmittelbarem Anschluss an die Entfernung des Nasenpolypen herausgebildet haben. Vf. misst seinem Fall eiue besondere ätiologische Bedentung bei, weil diesbezügliche Beobachtungen in der Litteratur äusserst selten sind. M. Leichtentritt.

R. Claoué, Affections de l'oreille et aptitude militaire. Ann. des mal. de l'or. etc. T. XXIII. No. 7.

Vf. giebt in seinem Aufsatz eine vergleicheude Zusammenstelluug der bei verschiedenen europäischen Staaten geltenden diesbezüglichen Bestimmungen. Nach kurzem historischen Ueberblick bespricht derselbe zunächst die Grenzen der Hörfähigkeit, die zur Bedingung der militärischen Dienstuntauglichkeit gemacht werden. Des Weiteren ist Verf. bemüht, aus den die einzelnen Erkrankungen des äusseren, mittleren und inneren Ohres berücksichtigenden Verfügungeu, sowie aus den zur Entlarvung von Simulanten angewandten Methoden gewisse allgemein gültige Normen festzustellen.

M. Leichtentritt.

P. M'Bride and **L. Turner,** Nasal pharyngeal adenoids: a clinical and pathological study. The Edinb. med. journ. 1897, April, May, June.

Eine sehr ausführliche und treffliche Studie der adenoiden Vegetationen auf Grund einer sehr grossen Anzahl von Beobachtungen, 500 an Zahl. Was die Aetiologie anbetrifft, so stimmen die Autoren mit der allgemein angenommenen überein. Am häufigsten sind dieselben bis zum 15. Jahre. Ueberreste finden sich noch später. Der jüngste beobachtete Patient war $1^1/_2$ Jahr, der älteste 48. Familiendisposition ist sicher. Bei Taubstummen sind sie häufiger, als bei anderen Kindern. Hierauf wird die Zusammensetzung der Gewebe genau besprochen und die histologische Struktur derselben erörtert, was im Orig. näher einzusehen ist. In 3 pCt. wurde histologisch Tuberkulose nachgewiesen. Semiologisch teilen Verff. die Patt. mit nasalen und mit Beschwerden von Seiten des Ohres. Die Prognose ist im Allgemeinen gut; mit Recht weisen aber die Verff. darauf hin, dass bei jahrelanger Mundatmung die nasale Respiration erst nach und nach eintritt. Auch auf die Abschwellung der vergrösserten tiefen Cervicaldrüsen wird hingewiesen. Was die Gehörverbesserung anbetrifft, so hängt dieselbe natürlich von dem Zustand des Ohres ab. Indicirt is die Entfernung, wenn Sprache und Respiration behindert siud, ebenso bei Ohrerkrankung, mit Ausnahme der Fälle von Ankylose des Steigbügels. Die Operation führen Verff. am liebsten bei Chloroformnarkose aus, und zwar bei weitem Nasenpharynx mit Kuhn's Zange, bei engem mit Gottstein's Curette. Zum Glätten wird Hartmann's Curette empfohlen. Eine Nachbehandlung ist nicht nötig.

W. Lublinski.

S. Brown, Hysterical aphonia. Med. Record 1897, July 17.

Man kann bei der hysterischen Aphonie zwei Typen unterscheiden; der eine ist derjenige, bei dem die Aphonie eine Begleiterscheinung anderer Stigmata der Hysterie ist. Dabei ist die Aphonie nicht vollkommen rein, da dieselbe oft nur stundeuweise auftritt, wenn die anderen Symptome vorherrschen. Die zweite Form ist die, in der die Aphonie die einzige Erscheinung der Hysterie ist und gewöhnlich plötzlich auftritt. Was die Behandlung anbetrifft, so ist Verf. der Meinung, dass die Suggestion bei dem glückliehen Erfolg derselben die Hauptrolle spielt. W. Lublinski.

Hepp, Étude sur une forme de laryngite aiguë de l'enfance simulant le croup d'emblée. Gaz. des hôp. 1897, No. 25/32.

Verfasser glaubt, dass es eine selbständige akute, nicht-diphtherische Laryngitis bei Kindern gebe, deren charakteristisches Symptome eine andauernde progressive Dyspnoë sei. Dieselbe kann mit Erstickungsanfällen einhergehen und durch Asphyxie den Tod herbeiführen. Mit dem Pseudocroup hat diese Erkrankung nichts gemein, sie nähert sich aber durch ihre ätiologischen Bedingungen und dem Fehlen der Intoxikationssymptome dem Laryngismus stridulus. Die Dyspnoë kann manchmal so heftig werden, dass die Tracheotomie erforderlich wird. Möglicherweise gehören hierher die in früherer Zeit beschriebenen Croupanfälle, die nicht von diptherischer Angina begleitet wurden. W. Luhlinski.

Krönig und **Paul,** Die chemischen Grundlagen der Lehre von der Giftwirkung und Desinfektion. Zeitschr. f. Hyg. 1897. XXV. S. 1.

In der ausserordentlich anschaulich geschriebenen Arbeit haben Verff. unter allen Cautelen die desinficirende und entwicklungshemmende Wirkung einzelner Stoffe geprüft. Sie haben stets ein gleiches Aussaatmaterial in Bezug auf Herkunft, Masse und Resistenz gewählt und die Versuche mit äquimolekularen Lösungen angestellt.

Sie fanden, dass die Desinfektionswirkung der Metallsalzlösungen in Wasser nicht allein, wie Behring annahm, von der Concentration des in Lösung befindlichen Metalls, ganz gleich wie das Salz heisse, abhängt, sondern wesentlich abhängig ist von dem verschiedenen Dissociationsgrad. Das wesentlich Wirkende in den Metallsalzlösungen ist das Metallion, so dass Lösungen, in denen das Metall Bestandteil eines komplexen Jons ist, sehr wenig desinficirend wirken. Gleichwohl hängt die desinficirende Kraft eines Metallsalzes nicht allein von der Wirkung des Metallions ab, sondern das Anion und der nicht-dissociirte Anteil haben ebenfalls einen bedeutenden Einfluss. Während die wässerigen Lösungen von Sublimat durch Zusatz von Halogenverbindungen der Metalle und von Salzsäure herabgesetzt werden, was wahrscheinlich die Folge geringerer Dissociation des Metallsalzes ist, wurden Lösungen von Mercurinitrat, Mercurisulfat und Mercuriacetat infolge Zusatzes von Kochsalz in ihrer desinficirenden Wirkung gesteigert, so dass sie dem Sublimat gleichkommen.

Säuren und Basen wirken nach Massgabe des Dissociationsgrades, und zwar sind die Wasserstoffionen für Milzbrandsporen und den Staph. pyog. aureus ein stärkeres Gift, als die Hydroxylionen in gleicher Concentration. Bei der Flusssäure, Salpetersäure und Trichloressigsäure kommt den Anionen bezw. dem nicht-dissociirten Anteil der Lösung eine spezifische Wirkung zu.

Die Oxydationsmittel wirken entsprechend ihrer Stellung in der aus dem elektrischen Verhalten gewonnenen Oxydationsreihe, nur das Chlor passt sich dieser Reihenfolge nicht an, sondern wirkt sehr stark desinficirend. Die Desinfektionskraft einer Kaliumpermanganatlösung wird durch Zusatz von Salzsäure erheblich gesteigert, was wohl auf das Freiwerden von Chlor zurückzuführen ist.

In Bouillon, Gelatine, Körperflüssigkeit etc., oder in wässerigen Lösungen, denen derartige Flüssigkeiten zugesetzt sind, ist die desinficirende Wirkung der Metallsalze im Allgemeinen geringer, als in reinen wässerigen Lösungen, was darauf zurückzuführen ist, dass das Metallion feste Verbindungen eingeht und ausfällt, so dass die Concentration der Metallionen in solchen Lösungen eine Verminderung erfährt. H. Bischoff.

Blumreich und **Jacoby**, Experimentelle Untersuchungen über Infektionskrankheiten nach Milzexstirpation. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 21.

Verff. haben eine grosse Anzahl Meerschweinchen entmilzt und diese sowie Kontrolltiere mit pathogenen Bakterien injicirt. Es fand sich, dass die entmilzten Tiere der Infektion mit Bakterien besser widerstanden, als die Kontrolltiere, während gegen die Toxine der betreffenden Bakterienarten ihre Widerstandsfähigkeit nicht erhöht war. Diese Erhöhung der Widerstandsfähigkeit wird bereits geschaffen, wenn die Milz durch Unterbindung aus dem Kreislauf ausgeschaltet wird. Um die Ursache dieser auffälligen Thatsache festzustellen, haben Vff. virulente Kulturen von Bac. pyocyaneus mit dem defibrinirten Blute teils normaler, teils entmilzter Tiere für einige Stunden zusammengebracht und das Gemisch einer Reihe von Tieren injicirt. Es zeigte sich, dass die Tiere, welche von den Bakterien mit normalem Blute erhielten, früher starben als die, welchen Bakterien eingespritzt wurden, die längere Zeit im Blute entmilzter Tiere waren, so dass das Blut entmilzter Tiere bei der innegehaltenen Versuchsanordnung in höherem Grade zu schädigen vermag, als das Blut normaler Tiere. Als Verff. eine Zählung der corpusculären Elemente des Blutes vornahmen, fanden sie, dass im Blut der entmilzten Tiere die Zahl der Leukocyten sehr beträchtlich, bis auf das Dreifache der ursprünglichen Zahl erhöht ist. Diese Vermehrung der Leukocyten ist nicht die Folge des Wundreizes — bei 4 Tieren wurde die gleiche Operation ausgeführt, die Wunde jedoch geschlossen, ohne die Milz zu exstirpiren oder zu unterbinden, es war dann eine Vermehrung der Leukocyten nicht zu konstatiren —, sondern die Exstirpation der Milz bewirkt die Hyperleukocytose. Es erklärt sich hieraus auch, dass die entmilzten Tiere nur gegen die Infektion mit Bakterien widerstandsfähiger sind, nicht gegen die Toxine.

Wurde die Infektion der Tiere vor der Milzexstirpation vorgenommen, so änderte sich das Resultat, die operirten Tiere starben eher als die nicht operirten. Das ist sehr natürlich, da einmal die bereits inficirten Tiere durch eine schwere Operation geschädigt wurden, andererseits die Leukocytose nicht so frühzeitig auftreten konnte, um noch Heilwirkung zu entfalten.

Verff. wollen damit vorläufig noch nicht den Beweis erbracht haben, dass die Veränderungen des Organismus nach der Milzexstirpation mit der Hyperleukocytose erschöpft sind; ob andere Veränderungen chemischer oder morphologischer Natur dabei in Frage kommen, muss durch weitere Untersuchungen festgestellt werden. H. Bischoff.

E. di Mattei, Ueber Prädisposition zu Infektionskrankheiten durch Einatmung der in den verschiedenen Gewerben gewöhnlicheren schädlichen Gase und Dünste. I. Teil: Giftige Gase. Zeitschr. f. Hyg. 1897. XXIX. (3.) S. 185.

Verf. experimentirte mit Meerschweinchen, Kaninchen, Tauben und Hühnern. Er setzte die Tiere in einen Kasten und leitete in denselben so lange Kohlensäure, Kohlenoxyd, Schwefelwasserstoff oder Schwefelkohlenstoff, bis die Tiere sichtbare Merkmale von Erkrankung zeigten, dann unterbrach er oder verringerte das Eindringen des Gases und liess die Tiere so lange in dem Kasten, bis Dyspnoe, Krämpfe, selbst Betäubung auftrat. Die Tiere wurden täglich 3—5 mal den Einatmungen im Minimum für 2—5 Minuten, im Maximum 1—2 Stunden unterworfen. Nachdem er die Widerstandsfähigkeit gegen die Infektionserreger geschwächt glaubte, impfte er die Tiere mit Milzband-, Rauschbrand-, Coli-, Typhus-, Hühnercholerabacillen, Choleravibrionen und dem Diplococcus lanceolatus, und zwar waren die Erreger zum Teil stark virulent, zum Teil hatte M. durch geeignete Züchtungsverfahren die Virulenz abgeschwächt.

Die der Einatmung giftiger Gase unterworfenen Tiere zeigten sich gegen die Infektionserreger weniger widerstandsfähig, die Infektion nahm einen schnelleren Verlauf. Selbst wenn der Infektionserreger so abgeschwächt war, dass er unter normalen Verhältnissen gehaltene empfängliche Tiere nicht tötete, so zeigten sich die Tiere empfänglich. Werden unempfängliche oder wenig empfängliche Tiere der Einatmung giftiger Gase unterworfen, so verlieren sie ihre natürliche Immunität und werden für die Infektion empfänglich, z. B. Tauben für Milzbrand. Dieser verderbliche Einfluss auf den Körper ist um so grösser, je länger die Tiere den Inhalationen ausgesetzt sind. Diese Wirkung der giftigen Gase ist nicht als eine spezifische für ein bestimmtes Organ aufzufassen, sondern es handelt sich um eine allgemeine Schwächung des gesammten Organismus.

H. Bischoff.

Aronson, Ueber eine neue Methode zur Desinfektion von grösseren Räumen mittelst Formalin. Zeitschr. f. Hyg. 1897. XXV. (1.) S. 168.

A. beschreibt einen einfachen, ausserordentlich handlichen Apparat, welcher von der chemischen Fabrik Schering zur Erzeugung von Formaldehydgas konstruirt worden ist. Zur Entwickelung von Formaldehyddämpfen wird das feste, polymerisirte Formalin, das Trioxymethylen verwandt. Als zweckmässig hat es sich erwiesen, diesen Körper nicht in Pulverform, sondern in stark komprimirtem Zustande als Pastillen zu verwenden; jede Pastille wiegt 1 g. Das Trioxymethylen wird durch heisse Verbrennungsgase eines gewöhnlichen Spirituskochers in Formaldehyddampf verwandelt, welches sich dann mit den Verbrennungsgasen schnell in dem zu desinficirenden Raume verbreitet. A. hat den Apparat zur Desinfektion von Wohnräumen verwandt und mittelst bakteriologischer Testobjekte geprüft. Er fand, dass, wenn 2 Pastillen auf 1 ccm Raum verdampft wurden, binnen 24 Stunden eine absolut sichere Oberflächendesinfektion erreicht wurde, sogar Milzbrandsporen wurden getötet. In die Tiefe dringen die Formaldehyddämpfe nicht, so dass zur Desinfektion von Betten,

Matratzen etc. nach wie vor der Wasserdampf Verwendung finden müsste. Da durch das Formaldehydgas die Gegenstände weder in ihrer Form noch Farbe irgendwie beeinträchtigt werden, so eignet sich diese Desinfektionsart besonders zur Desinfektion von Portièren, frei hängenden Kleidern, Zimmern etc. Da das Formaldehydgas für höhere Tiere absolut unschädlich ist — A. hielt mehrmals während der 24 Stunden dauernden Desinfektion Kaninchen und Meerschweinchen in dem Zimmer, ohne dass diese irgendwie beeinträchtigt wurden —, und da der Formaldehydgeruch nach Beendigung der Desinfektion mittelst Lüftung verhältnismässig leicht entfernt werden kann, so ist genannter Apparat bisher für die Desinfektion mittelst Formalin der beste, zumal er sehr billig ist und ohne irgendwelche Gefahr auch Laien in die Hand gegeben werden kann. H. Bischoff.

Siegert, Ueber die diuretische Wirkung der Salicylsäure und des Coffeïns. Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 20/21.

Bei einem 9jährigen, an chronischer Peritonitis erkrankten Kinde musste wegen Ascites mehr als 90mal die Punktion vorgenommen werden; trotz andauernder Gaben von Coffeïnum natro salicylicum in Tagesdosen von 0,6—1,0 g füllte sich der Leib nach mehr oder minder kurzer Zeit immer wieder. Bei diesem nur geringen Erfolge suchte S. die Wirkung eines jeden der beiden Componenten des Mittels festzustellen und kam dabei nach vielfachen Versuchen zu dem Resultat, dass die Wirkung des salicylsauren Natrons eine ausgesprochen antidiuretische, die des Coffein. pur. dagegen eine hervorragend diuretische war; im weiteren Verlaufe der Krankheit wurde daher reines Coffeïn in Tagesdosen von 0,6 g verabreicht und bei dieser Medikation weitere Punktion vermieden. Tierversuche zeigten dann, dass die beginnende Coffeïndiurese durch Natrium salicylicum unterdrückt werden kann. Recht bewährt hat sich eine Kombination von Coffeinum purum mit Digitalis derart, dass pro die 0,5 Coffeïn und 0,1 Fol. digit. pulv. gegeben wurden. K. Kronthal.

F. P. Hearder, Sulphonal poisoning in a case of melancholia agitans. Lancet 1896, No. 3820.

Ein 43jähriger, ziemlich kräftiger, körperlich sonst gesunder Mann erhielt gegen seine hochgradigen Aufregungszustände eine Mischung von Bromkalium mit Chloralhydrat, und als dieses nicht recht wirkte, 3mal täglich ca. 1,0 g Sulfonal in warmem Getränk; die Wirkung war zufriedenstellend, der Patient wurde ruhiger, Schlaf und Nahrungsaufnahme besser. Allein am vierten Tage fiel der ataktische Gang des Pat. auf, der in all' seinen Bewegungen den Eindruck eines Betrunkenen machte; am sechsten Tage liess die Diurese sehr nach, der Urin zeigte eine dunkle Färbung. Das Sulfonal wurde sofort ausgesetzt; am folgenden Tage Urin sehr spärlich, von Porter-ähnlicher Farbe, enthält sehr grosse Mengen Albumin. Patient geriet in einen soporösen Zustand, gleichzeitig trat ein leichtes Oedem der Augenlider auf; Puls und Temperatur zeigten keine Abweichung. Unter Anwendung von Bädern und Diureticis besserte sich der

Zustand sehr schnell, zahlreiche spätere Urinuntersuchungen ergaben nie wieder eine Abweichung von der Norm. Die bisher bekannten Fälle von Sulfonalvergiftung wurden meist nach langdauerndem Gebrauch des Mittels beobachtet und verliefen stets unter anderen Erscheinungen.

K. Kronthal.

---

v. Starck, Ueber die Bedeutung des Milztumors bei Rachitis. D. Archiv f. klin. Med. LVII. S. 265.

Unter 100 rachitischen Kindern fand Verf. 68, deren Milz deutlich fühlbar war. Für die Frage, ob es einen rachitischen Milztumor giebt, ist aber zu beachten: 1. dass nicht jede fühlbare Milz bei Kindern in den ersten Lebensjahren als vergrössert zu betrachten ist, sondern nur dann, wenn man ihre Spitze in einem geringeren Abstande als 2 cm von der Spitze der 11. Rippe deutlich fühlt. Weiter ist zu berücksichtigen, dass bei Kindern der ersten Lebensjahre, auch wenn sie ganz frei von Rachitis sind, chronische Milztumoren — worauf schon Bright hingewiesen hat — ausserordentlich häufig unter den verschiedensten pathologischen Verhältnissen sich bilden, zumal im Laufe von und nach Magendarmaffektionen und Lungenkrankheiten. — In vollkommener Uebereinstimmung mit den klinischen Befunden bildete auch bei Leichen von Kindern der ersten Lebensjahre der Milztumor ein ausserordentlich häufiges pathologisches Vorkommnis (ausgeschlossen wurden bei dieser Untersuchung alle Leichen von an Tuberkulose, Syphilis, akuten Infektionskrankheiten Verstorbenen). Während aber bei rachitischen Leichen sich in 57 pCt. aller Fälle der Milztumor nachweisen liess, war das bei Nichtrachitischen in 50 pCt. der Fall; sonach bei beiden Kategorien fast in derselben Häufigkeit. Weder am Lebenden noch an den Leichen war nachzuweisen, dass das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Milztumors oder die Grösse des letzteren irgendwie von dem Grade der rachitischen Knochenveränderungen abhängig ist. Die von einzelnen Autoren aufgestellte Behauptung, dass der Milztumor sich besonders bei Rachitis fände, wenn dieselbe sich im Anschluss an kongenitale Lues entwickle, fand Vf. in seinen Beobachtungen durchaus nicht bestätigt. Nach allem hält Verf. es nicht für berechtigt, den Milztumor als Symptom der Rachitis anzusehen.

Stadthagen.

J. Bernheim, Zwei Fälle von Streptococcensepticämie mit Ausgang in Heilung. Jahrb. f. Kinderheilk. XLIII. S. 208.

Verf. beschreibt 2 Fälle von Septicämie. Im ersten Fall war ein 10jähriger Knabe im Anschluss an ganz leichten Scharlach, im zweiten Fall ein 12jähr. Mädchen im Anschluss an eine Influenzapneumonie erkrankt. In beiden Fällen waren die klinischen Erscheinungen schwere (charakteristisches Fieber mit Schüttelfrösten, schwere Störung des Allgemeinbefindens, Delirien etc.). Der Klappenapparat des Herzens war bei beiden Kindern verschont geblieben. Bei beiden konnte Verf. Streptococcen im Blute nachweisen.

Bei der zweiten Kranken waren rasch vorübergehende Gelenkschmerzen, bei dem ersten seröse bis leicht eitrige Ergüsse in die Gelenke aufgetreten;

Digitized by Google

in letzteren konnten trotz wiederholter Untersuchungen keine Mikroorganismen gefunden werden. Verf. vermutet daher, dass die Gelenkerscheinungen durch Toxinwirkung hervorgerufen waren. Trotz der schweren Erscheinungen von Sepsis genasen beide Kranke vollständig. Stadthagen.

H. Cahen, Ein seltener Fall von Gallensteinen. D. med. Wochenschrift 1896, No. 41.

Bei einer 46 Jahre alten gesunden Frau ging ohne jede vorangegangene Beschwerde ein grosser Gallenstein per rectum ab, der nur beim Durchpassiren des untersten Darmabschnittes einen heftigen Schmerz verursachte. Die Untersuchung der Frau nach dem Abgang des Steines ergab keinerlei pathologische Zustände, nicht einmal ein starker Druck auf das Abdomen und in der Gallenblasengegend wurde irgendwie schmerzhaft empfunden. Der Stein selbst bestand aus 14 kleinen, die durch eine Zwischensubstanz zu einer Masse verbunden waren, welch' letztere einem Stücke Candiszucker ausserordentlich ähnelte. Die einzelnen Steine sind fast gleich gross, polyëdrisch und von hellgelber Farbe. Der Stein wiegt in seiner Gesammtheit 12,83 g, der Längsdurchmesser beträgt 4 cm, ebensoviel auch der Breitendurchmesser, während die Höhe nur 3 cm aufweist. Das spezifische Gewicht ist geringer als das des Wassers. Beim Durchsägen eines der kleinen Steinchen fand sich auf dem Durchschnitt ein pigmentirter Kern, der von einer hellgelben Schale umgeben war, in deren Mitte wiederum gleichfalls ein concentrischer pigmentirter Körper sich vorfand. Es handelte sich also um gewöhnliche Cholesterinpigmentgallensteine. Die bindende Masse bestand grösstenteils aus organischer Substanz. Im vorliegenden Falle muss das Steinconglomerat nach Verwachsung der Gallenblase mit dem Darm in den letzteren gelangt sein, und zwar muss wohl das Colon der betreffende Darmabschnitt gewesen sein, da der grosse Stein wohl nicht ohne erhebliche Beschwerden den Dünndarm passiren konnte. Damit stimmt überein, dass die Pat. angab, vor etwa 2 Jahren einen Schmerzanfall im Bauche gehabt zu haben, der mit Fieber einherging. Nach dem Aufhören der Schmerzen sei dann eine schmale, ziemlich lange, hautartige Masse mit dem Stuhle abgegangen, die vielleicht ein Darmstück gewesen ist. Warum dann der Stein erst 2 Jahre später später per rectum ahging, hat vielleicht mechanische Verhältnisse zur Ursache, vielleicht war er mit der unteren Seite fest mit der oberen Gallenblasenwand verwachsen.

C. Rosenthal.

A. Obalinski, Ein weiterer Beitrag zur totalen Darmausschaltung. Wien. med. Presse 1897, No. 35.

Auf Grund eines von ihm selbst operirten und behandelten Falles kommt Verf. hezüglich der Frage über die totale Darmausschaltung zu folgenden Schlusssätzen:

1. Ein in normalem Zustande befindliches Dickdarmstück kann vollkommen, d. h. ohne Hinterlassung einer Fistel, nach aussen straflos ausgeschaltet werden.

2. Die normale Schleimhaut eines solchen Darmstückes bewahrt längere

Zeit hindurch ihren Bau, secernirt nicht übermässig und auch nicht in dem Maasse, wie man dies nach den Versuchen HERMANN's annehmen sollte.

3. Die pathologischen Prozesse im Allgemeinen und der Tuberkulose im Besonderen scheinen zu einer erhöhten sekretorischen Thätigkeit anzuregen, wodurch ein Zustand herbeigeführt wird, welchen SALZER und seine Anhänger fürchteten. C. Rosenthal.

B. Schaposchnikoff, Zur Frage über Pericarditis. Mitteil. aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. II. (1/2.)

Ueber die Lage des Herzens in dem mit pericarditischer Flüssigkeit gefüllten Pericardialsack gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Die meisten (namentlich deutschen) Autoren behaupten, dass das Herz, als spezifisch schwerer Körper, im Exsudate nach unten und hinten sinkt; demgegenüber lehren Andere, dass das Herz mehr nach oben schwimmt und sich in der Nähe der vorderen Pericardialwand befindet. Diese Frage ist von Bedeutung nicht nur in diagnostischer, sondern auch in therapeutischer (operativer) Beziehung; alljährlich werden Fälle beschrieben, in denen bei Paracentese des Pericards das zu nahe der vorderen Brustwand anliegende Herz vermittelst des Trokarts verletzt wurde; Verf. selbst hat sich wiederholt bei Obduktionen überzeugt, dass das Herz vorn der Brustwand anlag, während sich die Exsudatflüssigkeit zu beiden Seiten des Organes befand — trotz fehlender Adhäsionen zwischen beiden Pericardialblättern. Behufs experimenteller Aufklärung dieser streitigen Frage machte Verf. bei 8 Leichen Injektionen in den Pericardialsack, teils mit Wasser, teils mit Gelatine oder Paraffin, am besten aber mit einer Mischung aus Gelatine, Wasser, Glycerin und Gummi arabicum. Trotzdem das spez. Gewicht dieser Flüssigkeiten nicht höher war, als das der gewöhnlichen Exsudatflüssigkeit, senkte sich das Herz innerhalb der injicirten Flüssigkeit nicht, sondern stieg nach vorn und schwamm auf der Flüssigkeitsoberfläche. Verf. glaubt, dass es die Elasticität der grossen Gefässe ist, welche die Tendenz hat, das Herz nach vorn und oben zu ziehen. Bei dieser experimentell nachgewiesenen Lage des Herzens schliesst die Gegenwart des Spitzenstosses und der pericardialen Reibungsgeräusche noch nicht selbst ein copiöses pericarditisches Exsudat aus.

Schliesslich empfiehlt Verf. behufs Eröffnung des Pericardialsackes — anstatt der sonst bevorzugten Stelle links vom Sternum — den 3. und 4. rechten Intercostalraum unweit vom Sternalrand, resp. (bei copiösem Exsudat) den 6. linken Intercostalraum. Perl.

Aufrecht, Aufhebung des brouchialen Atemgeräusches über der Trachea durch Stenosirung beider Hauptbronchien. Deutsch. Arch. f. klin. Med. LVIII. (4/5.)

Wie in einigen früheren Fällen des Autors, so wurde auch in dem vorliegenden — bei hochgradiger Atemnot der Kranken — das sonst über der Trachea hörbare bronchiale Atemgeräusch vermisst; hieraus wurde auf eine Stenose der Trachea resp. beider Hauptbronchien geschlossen; bei der Autopsie fanden sich in der That letztere durch indurirte Drüsen in ihrem

Lumen erheblich verengt. Verf. hält dies Symptom der Aufhebung des Bronchialatmens über der Trachea für pathognomonisch für Stenose der Trachea oder beider Hauptbronchien; er erklärt es durch eine Abschwächung der Strömungswirbel der Luft an dem Uebergange aus der Glottis in die Trachea infolge davon, dass das Lumen der Trachea an der vereugten Stelle nur der Weite der Glottis entspricht oder darunter bleibt. Perl.

E. Wertheimer et L. Lepage, Sur les mouvements des membres produits par l'excitation de l'hémisphère cérébral du côté correspondant. Arch. de physiol. 1897, No. 1.

Da bekanntlich bestimmt lokalisirte Rindenreizungen nicht nur Kontraktionen der Extremitäten der entgegengesetzten Körperhälfte, sondern auch solche auf der gleichseitigen Seite erzeugen, suchten die Verff. durch Versuche an Hunden experimentell festzustellen, welchen Weg diese Reize nehmen, um die gleichseitige Körperhälfte in Bewegung zu setzen. Sie nahmen an chloroformirten Hunden Durchschneidungen vor, und zwar einer Rückenmarkshälfte oder der corticalen Centren in der Medianfurche u. s. w. Aus ihren Untersuchungen scheint hervorzugehen, dass direkte Beziehungen und Verbindungen einer Hirnhemisphäre mit der ihr entsprechenden Hälfte des Rückenmarks vorhanden sein müssen, indem ein Teil der Pyramidenseitenstrangfasern auf derselben Seite fortgeht, ohne die Kreuzung mitzumachen. Ob diese Einrichtung konstant ist, bleibt fraglich; ebenso, ob sie vom Hunde ohne Weiteres auf den Menschen zu übertragen sei. Jedenfalls spricht die Auslösung gleichseitiger Bewegungen durch corticale Reize nach Durchschneidung der entgegengesetzten Rückenmarkshälfte für diese Anschauung und gegen die Auffassung von Franck et Pelves und Lewaschew, die eine Verbindung der einen Rückenmarkshälfte mit der andern durch Querkommissuren für erforderlich halten, um den corticalen Reiz von der Hirnrinde auf die gleichseitige Körperhälfte zu übertragen. Auch die motorischen Rindencentren der gegenüberliegenden Hemisphäre konnten abgetragen werden oder durch transverso-longitudinale Durchschneidungen des Corpus callosum abgeschnitten werden, ohne dass die Bewegung der gleichseitigen Körperhälfte bei motorischen Rindenreizen deshalb unterblieb. Demnach scheint jede Hemisphäre beide Körperhälften mit zu innerviren. Ob das Kleinhirn und die basalen Ganglien eine Rolle bei der Auslösung der Bewegungen auf der homonymen Körperhälfte spielen, scheint den Verfassern zweifelhaft; sie modificiren nur den Charakter der Bewegungen, ohne diese auslösen zu können. S. Kalischer.

---

1) **M. Laehr,** Lepra und Syringomyelie. Berl. klin. Wochenschrift. 1897, No. 3.

2) **M. Brasch,** Syringomyelie und Trauma. Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1897, No. 4.

1) Zweifellos ist in einer Reihe von Fällen die Lepra nervosa als Morvan'sche Krankeit oder Syringomyelie angesprochen worden. Allein es liegen doch genügend differential-diagnostische Momente vor, die eine

Unterscheidung dieser beiden Krankheitsformen ermöglichen. — Bei der Lepra finden wir Wucherungen des Endo- und Perineuriums mit interstitieller und parenchymatöser Erkrankung der peripherischen Nerven an ihren Endausbreitungen; diese pathologischen Veränderungen, in denen sich zumeist Leprabacillen finden, sind fast nie bis zum Rückenmark aufgestiegen, und wo sich Rückenmarksveränderungen bei der maculo-anästhetischen Lepra fanden, sind sie als geringe, als secundäre bezeichnet (Degenerationen der Hinterstränge), und fast stets misslang der Nachweis von Leprabacillen im centralen Nervensystem, sowohl bei der Lepra wie bei der echten Syringomyelie. Bei letzterer findet sich konstant eine ausgedehnte Gewebsveränderung (Gliawucherung, Höhlenbildung) in den centralen Teilen der grauen Rückenmarkssubstanz. Klinisch scheint die Lepra nervosa sich über Jahre hinziehen zu können und Stillstände, ja Heilungen aufzuweisen, während die Syringomyelie stetig progressiv verläuft. Beide können sich schleichend entwickeln und erst gelegentlich bei schmerzlosen Verbrennungen oder Zellgewebsentzündungen zur Entdeckung kommen. Die leprösen Haut- und Nerveninfiltrate weisen nicht immer Bacillen auf, und der negative Befund in einem anästhetischen Hautgebiete ist nicht entscheidend. Die spindelförmige Verdickung der Nerven (Ulnaris, Peroneus, Supraorbitalis) spricht zu Gunsten der Lepra. Die Anästhesieen, Muskelatrophien und vasomotor. Erscheinungen treten bei der Lepra regellos an Rumpf, Gesicht, Extremitäten gleichzeitig und multipel auf, während die Syringomyelie an umschriebenen Segmenten des Rückenmarks ihren Ausgangspunkt nimmt (meist dorso-cervicale Gegend, oberen Extremitäten). Charakteristisch für Lepra sind der frühe Beginn im Gesicht, der Cilien- und Haarausfall, und die multipel auftretenden pigmentirten, auch pigmentlosen, hyper- und hypoästhetischen Flecke; die akuten recidivirenden Gelenkschwellungen und Deformitäten bei Lepra, unterscheiden sich von den syringomyelitischen Atrophieen durch ihre Schmerzhaftigkeit. Die Ulcerationen und Neurosen, sowie die Verstümmelungen sind bei der Lepra häufiger und ausgeprägter. Die lepröse Muskelatrophie ergreift meist die kleineren Hand- und Fussmuskeln, schon seltener das Gebiet der Vorderarm- oder Unterschenkelnerven, sie fällt immer in das Bereich der Hautanästhesie, und zeigt sich schon früh in einzelnen Gesichtsmuskeln (Orbicularis oculi); die syringomyelitische Atrophie ergreift oft die proximalen Teile der Extremitäten (Schultern) zeigt nicht selten einen gekreuzten Typus, ist oft sehr weit verbreitet, und geht nicht selten mit fibrillären Zuckungen und schweren Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit einher. In der Regel zeigt die lepröse Anästhesie neben der Störung der Schmerz- und Temperatur-Empfindung auch eine Beeinträchtigung der taktilen Hautempfindung, während bei Syringomyelie eine mehr dissociirte Anästhesie vorliegt. Allein hiervon giebt es Ausnahmen, und auch bei der Lepra finden sich partielle Empfindungsstörungen. Sehr verschieden aber ist die Lokalisation der Empfindungrstörung. Während bei der Lepra regellos über die ganze Körperhaut zerstreute Plaques von mannigfacher Form und Grösse auftreten, die an den peripherischen Teilen (wie die hysterische Anästhesie) handschuh- oder strumpfförmig eine senkrecht zur

Gliedachse verlaufende Abgrenzung aufweisen, — finden wir bei der Syringomyelie am Rumpf gürtel- und westenförmige Zonen und längs gerichtete Streifen an den Extremitäten, und zwar an der Aussen- oder Innenseite des Armes und an der vorderen oder hinteren Seite der Beine (segmentale Sensibilitätsstörung). Bei der Syringomyelie dürften als Stützen für die Diagnose ferner in Betracht kommen, bulbäre Störungen, Sympathicuslähmungen, Hyperhidrosis, Kyphoskoliose, Sphincterenstörungen, Spasmen der unteren Exsremitäten, Druckanalgesie der peripherischen Nerven, während bei Lepra die Nervenstämme im Beginne der Neuritis mehr druckempfindlich sind.

2) B. weist darauf hin, dass die Syringomyelie eine Krankheit ist, die meist schon in der Anlage des Rückenmarks begründet ist (endogenes Leiden). Doch giebt man auch eine embryonale oder entwicklungsgeschichtliche Anlage der Krankheit zu, so können doch occasionelle Momente, wie Traumen, gleichwohl bei der Genese der Erkrankung eine Rolle spielen, und zwar vorwiegend Stösse und Erschütterungen des Rückenmarks selbst, also gröbere Verletzungen, in denen die klinischen Erscheinungen erst nach dem Trauma hervortreten. In uenerer Zeit suchte man vielfach andere Traumen und geringfügige Verletzungen ätiologisch verantwortlich zu machen, und zwar teils für progressive Muskelatrophien, teils für Syringomyelien, und suchte man vielfach durch eine hypothetische Annahme einer Neuritis ascendens die peripherische Läsion mit dem centralen Rückenmarksleiden in Zusammenhang zu bringen; dieselbe ist jedoch weder vom pathologisch-anatomischen, noch vom klinischen Standpunkte aus haltbar. Wo eine aufsteigende Entzündung der Nerven vorliegt, wie bei Lepra, Phlegmonen und organischen Gifteinflüssen, ist auch klinisch noch nie der Beweis erbracht worden, dass dieselbe sich bis ins Rückenmark fortsetzt (Schwellung, Verdickung, Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme). Auch würde es nicht zu erklären sein, warum ein Trauma, das den ganzen Nervenstamm trifft, nur eine isolirte aufsteigende Neuritis bestimmter Neurone (der motorischen bei progressiver Muskelatrophie) verursachen sollte. Auch die Entstehung centraler Rückenmarksaffektionen (Muskelatrophie und Syringomyelie) auf dem Wege des Reffexorganes (Reizung von peripherischer Läsion aus) ist noch sehr zweifelhaft und aufechtbar.

In einem von B. mitgeteilten Falle, wo wegen einer Verbrennung, die als Ursache der Erkrankung (Syringomyelie) angesehen wurde, Rentenansprüche erhoben wurden, konnte erwiesen werden, dass bereits seit zehn Jahren Erscheinungen einer centralen Erkrankung (Pupillendifferenz und Hemihyperidrosis) verlagen, während der Unfall erst vor 2 Jahren aufgetreten war. Die zeitliche Anfeinanderfolge von Trauma und Ausbrnch der Krankheit ist in erster Reihe bei Begutachtung derartiger Fälle ins Auge zu fassen. Ein Tranma kann eine bereits latent oder in geringem Grade bestehende Syringomyelie zur Verschlimmerung und schnelleren Progression bringen; es kann anch einen Einfluss auf die Lokalisation der Erkrankung ausüben und insofern bei der Begutachtung trotzdem Berücksichtigung finden müssen. S. Kalischer.

H. Hochhaus, Ueber familiäre spastische Spinalparalyse. D. Zeitschr. f. Nervenhlk. IX. (3/4.)

Bei drei Geschwistern im Alter von 8, 13 und 21 Jahren ohne hereditäre Belastung bestand eine spastische Parese der unteren Extremitäten mit Erhöhung der Reflexe und Fussclonus, ohne jegliche Sensibilitäts-, Blasen- und Mastdarmstörung, noch andere Anomalien des Nervensystems. Stets begann das Leiden im 2. Lebensjahr, schritt allmählich fort und erreichte im 6. seine grösste Intensität, dann blieb es stationär oder besserte sich durch Behandlung ein wenig, oder es schritt auch weiter vor. Frühgeburt, Geburtserschwerung, Lues waren nicht vorhanden. In der Ascendenz bestand Neigung zu Tuberkulose. H. spricht sich gegen die Meinung aus, diese Affektion als Little'sche Krankheit oder Hirnerkrankung aufzufassen. Analoge Fälle von familiärer spastischer Spinalparalyse sind von Krafft-Ebing, Newmark, Erb, Przibram in ebenso reiner Form beschrieben worden. Die Fälle von Bernhardt, Schultze, Howen und Tooth sind nicht als reine anzusehen, da in einigen Hirnsymptome vorhanden sind, und bei anderen durch das ätiologische Moment einer erschwerten Geburt der Gedanke an eine cerebrale Störung nahe gelegt wurde. — Den reineren Fällen ist gemeinsam das Fehlen jeglichen ätiologischen Moments, die Beschränkung auf die unteren Extremitäten, das familiäre Vorkommen; in allen 14 beschriebenen Fällen handelt es sich um Geschwistergruppen. Verschieden sind der Zeitpunkt des Einsetzens der Erkrankung (meist die ersten Lebensjahre) und der weitere Verlauf (Stillstand meist, doch auch Besserung und Verschlimmerung). — Die Fälle verhalten sich ähnlich, wie die von Strümpell publicirten Beobachtungen von hereditärer spastischer Spinalparalyse bei Erwachsenen. S. Kalischer.

A. N. Bernstein, Die psychischen Aeusserungen der Chorea minor. Allg. Zeitschr. f. Psych. LIII. (4.)

Nach B. haben die choreischen Psychosen Eigenschaften, welche sich zu einer besonderen Gruppe zusammenfassen lassen; andererseits kommen bei der Chorea alle bekannten psychoneurotischen Erkrankungsformen vor, doch werden die typischen Bilder durch die elementare chronische Grundlage modificirt, so durch den schnellen Stimmungswechsel, die zahlreichen hallucinatorischen Eindrücke u. s. w. Nur in 3 pCt. der Fälle verbindet sich die Chorea mit einer Psychose. S. Kalischer.

H. Quincke, Ueber Meningitis serosa und verwandte Zustände. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. IX. (3/4.)

Zu seinen früher mitgeteilten Beobachtungen fügt der Verf. 10 neue, meist akute Fälle, einige freilich, wie es scheint, auf dem Boden eines chronischen Hydrocephalus entstanden. Der Verlauf und die Ausgänge waren sehr wechselnde. Meistens bestanden die Symptome des Hirndrucks mit oder ohne Fieber, mit oder ohne Herdsymptome, die Lumbalpunktion ergab gesteigerten Druck und schwankenden Eiweissgehalt (bis 1,5 pM.), sie war häufig von einer eklatanten Besserung gefolgt. Einige Fälle endeten

letal, oder es blieb nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen Amaurose zurück infolge von Atroph. n. opt. Aetiologisch schienen ausser den schon früher genannten Ursachen Influenza, Otitis media, Durchnässung eine Rolle zu spielen. Die drei letzten Fälle, welche fieberlos verliefen, machen die entzündliche Natur der Krankheit zweifelhaft. Der Verf. versucht deshalb die Exsudation als einen angioneurotischen Erguss zu deuten. Neben der Quecksilberkur empfiehlt Verf. die Präparate der Salicylreihe.

M. Brasch.

H. Higier, Centrale Hämatomyelie des Conus medullaris. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. IX. (3/4.)

Die 28jährige Frau stürzte von beträchtlicher Höhe auf das Gesäss und bekam sehr bald Paraplegie der Beine mit Sensibilitätsstörungen, ausserdem Stuhl- und Urinretention. In kurzer Zeit schwand die Lähmung der unteren Extremitäten und die Sensibilitätsstörung ging derartig zurück, dass sie sich in dissociirter Form lokalisirte auf die Glutaeal- und Perinealregion, auf 2 symmetrische Streifen am hinteren Umfang der Oberschenkel, auf die Schleimhäute des Mastdarms, der Blase und der Genitalien; statt der Retentio urinae et alvi trat Inkontinenz auf. Die Pat. gebar vor und nach dem Sturz in normaler Weise ohne ärztliche Hülfe. Eine Fraktur im Gebiet des 11.—12. Dorsalwirbels, welch die Pat. davontrug, konnte für diese Störungen nicht verantwortlich gemacht werden; der Verf. glaubt vielmehr in dem beschriebenen Symptomenkomplex den deutlichen Hinweis auf eine centrale Hämatomyelie des Conus medullaris erblicken zu dürfen.

M. Brasch.

A. Fraenkel, Ein Fall von Polyneuritis mit multiplen schwielenartigen Granulationsgeschwülsten der Haut. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 45.

Der 40 Jahre alte Patient erkrankte ein halbes Jahr vor der Aufnahme mit symmetrisch auftretenden multiplen Geschwülsten an Armen und Beinen. Dazu gesellten sich Parästhesien und Schwäche in den Beinen und eine recidivirende linksseitige Facialislähmung, später wurden auch die Arme befallen. Die Geschwülste waren schwielenartige Gebilde in der Haut, mikroskopisch ergaben sie das Bild von Granulationsgeschwülsten mit Riesenzellen. Tuberkelbacillen fehlten. Kulturversuche blieben ergebnislos. Im Uebrigen bestanden die Symptome einer multiplen peripheren Neuritis. Die Tumoren bildeten sich unter Jod- und Quecksilberdarreichung zurück, bildeten sich aber nach Aussetzen dieser Therapie von neuem, einige wuchsen schon vor Beendigung der Kur aufs Neue. Unter einer wieder aufgenommenen antiluetischen Behandlung kam es sogar zu einer Verschlimmerung. Der Verf. möchte deshalb nicht mit Bestimmtheit in diesen Geschwülsten Manifestationen der Syphilis vermuten, wenn auch der Bau der Geschwülste den Verdacht nahelegt, dass es sich um Lues handelte. Die Neuritis könnte dann auf die gleiche Ursache bezogen werden, da wenigstens andere ätiologische Faktoren bei dem Patienten nicht in Frage kamen.

M. Brasch.

C. Hochsinger, Eine neue Theorie der congenital-syphilitischen Frühaffektionen. Wiener med. Wochenschr. 1897, No. 25—27.

Eine besondere Eigentümlichkeit der hereditären Syphilis in der Fötal- und ersten Säuglingsperiode gegenüber der acquirirten Syphilis besteht in ihrer vorwiegenden Tendenz zu diffuser Infiltration, während wirklich knotenförmige Syphilome bei ihr fast gar nicht vorkommen. Es zeigt sich dies namentlich ausgesprochen an den inneren Organen, doch bestehen analoge Verhältnisse auch an der Haut, wie z. B. bei der diffusen Erkrankung der Plantae und Palmae. Anatomisch hält sich die congenital-syphilitische entzündliche Zellwucherung immer an die Blutgefässverteilung und geht von dem adventitiellen und periadventitiellen Gewebe der Arterien und Venen kleinsten Kalibers aus. Nach den Beobachtungen des Verf.'s spielen sich die Frühmanifestationen der hereditären Syphilis fast ausschliesslich an den drüsigen Organen ab, so dass eine bestimmte Beziehung der zur fötalen Entwicklung und Ernährung der spezifischen Epithelien eines Drüsenparenchyms notwendigen intensiven Saftströmung und Blutgefässentwicklung zu der diffusen Syphilis der Drüsengebilde zu bestehen scheint. Das Virus entfaltet da, wo bei seinem Eindringen in den fötalen Organismus die stärksten formativen und nutritiven Reize herrschen, wo der Vascularisationszustand am höchsten entwickelt ist, zuerst und am intensivsten seine Wirkung. Deshalb erkrankt die am frühesten sich entwickelnde Leber immer zuerst und besonders hochgradig, dann erst folgen Nieren, Lungen, Pankreas und die Drüsenkörper der Darmschleimhaut. Es erklärt sich so auch, warum bei der congenitalen Syphilis die Haut später als die drüsigen inneren Organe, fast immer sogar erst im extrauterinen Leben, erkrankt, und warum gerade die Haut der Handteller und Fusssohlen am ersten und intensivsten befallen zu werden pflegt. Anatomisch findet man auch hier, dass die krankhafte Zellwucherung sich in den Anfangsstadien des Prozesses ganz ausschliesslich an den Verlauf der Blutgefässramifikationen hält und dass sie am Gefässnetz der Schweissdrüsenknäuel am mächtigsten ausgebildet ist. Nun entsteht aber der Drüsenapparat und damit eine reichere Vascularisation der Haut erst zu einer Zeit des Intrauterinlebens, in der die grossen Darmdrüsen längst schon fertig gebildet sind; andererseits entwickeln sich an Handtellern und Fusssohlen die Schweissdrüsen viel früher und reichlicher, als an anderen Hautstellen.

Eine ähnliche intensive Saftströmung und Blutgefässbildung, wie in den Drüsenparenchymen, findet sich beim Fötus auch an den Epiphysengrenzen der Röhrenknochen, von denen ja allein das Längenwachstum der Knochen ausgeht; deshalb erkranken auch diese Stellen der stärksten formativen Thätigkeit allein, während die Diaphysen von entzündlichen Veränderungen stets frei bleiben. H. Müller.

Vajda, Ueber Injektionen in die Harnröhre. Wien. med. Wochenschrift 1897, No. 23—28.

Verf. stellte zahlreiche Versuche derart an, dass er eine Methylenblaulösung mit gewöhnlicher Spritze in die Harnröhre injicirte und dann ver-

mittelst des Endoskops konstatirte, wie weit sie vorgedrungen war. Es zeigte sich dabei, dass sie mit wenigen Ausnahmen, entgegen der Annahme der meisten Autoren, auch den hinteren Teil der Urethra bespült hatte. Der in der Pars membranacea und prostatica durch den Muskeltonus gesteigerte Widerstand gegen das Vordringen der Flüssigkeit erwies sich höchstens einem Wasserhöhendruck von 2 m gleich und liess sich ohne jede Gefahr überwinden. Bedeutender ist das Hindernis, welches ein durch Völle der Blase oder Reizungen aller Art erhöhter Tonus, besonders aber der sog. Tenesmus urethrae bildet; es ist hier am zweckmässigsten, die Temperatur der Injektionsflüssigkeit bis zur Körpertemperatur zu erhöhen, während eine Forcirung der Injektion etwa durch Erhöhung des Druckes über das angegebene Maass von 2 m hinaus nicht ratsam erscheint. Die Ueberwindung des physiologischen Tonus geschieht am besten durch langsame und gleichmässige Einspritzung; damit eine solche aber möglich ist, müssen Kaliber und Gang der Spritze durchaus gleichmässig, ihr Reibungswiderstand gering sein. Was das Quantum der zu injicirenden Flüssigkeit betrifft, so genügten 12 Cubikcentimeter bei noch so weiter Harnröhre zur Erreichung der Pars prostatica. Die Einspritzung soll sistirt werden, sobald sich ein deutlicher Harnzwang einstellt, dem in der Regel ein leicht unterdrückbarer Mictionsreiz voraugeht. Der letztere zeigt die beginnende Expansion der Pars membranacea, der nach Injektion von weiteren 2 ccm auftretende Harnzwang die möglichste Ausdehnung der Pars membranacea und prostatica an. Mictionsreiz und Harnzwang sind verlässlichere Zeichen, als das Gefühl des erhöhten Widerstandes. Beinahe ausgeschlossen erscheint eine Ueberwirkung, wenn man die Flüssigkeit nicht durch Spritzendruck, sondern nach Füllung der Pars cavernosa mit der Spritze durch Zusammenschieben der Urethra bei geschlossenem Orificium ext. gegen die Symphyse hin in den hinteren Teil der Harnröhre befördert. H. Müller.

G. Dieballa, Ueber einen mit Lymphocytose einhergehenden Fall von Sarcoma multiplex cutis. (Aus der Klinik des Prof. v. Kétli in Budapest.) Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 22.

Bei einem 53jährigen Manne waren im Laufe etwa eines Jahres an Extremitäten, Kopf und Hals ungefähr 100 erbsen- bis nussgrosse, meist subkutan gelegene Geschwülste entstanden; alle tastbaren Lymphdrüsen erschienen vergrössert. Die histologische Untersuchung der konsistenten, auf dem Durchschnitte ungleichmässig braun-rot, hämorrhagisch gefärbten Geschwülstchen ergab, dass sie hauptsächlich aus regellos verlaufenden, von Spindelzellen mit stäbchenförmigen Kernen gebildeten Strängen zusammengesetzt waren, zwischen denen sich stellenweise kleine Nester von polygonalen oder rundlichen Zellen eingesprengt zeigten. Ein grosser Teil der Geschwulstmasse bestand aber aus neugebildeten Gefässen, durch deren Ruptur vielfache Hämorrhagien zu stande gekommen waren.

Nach des Vf.'s Ansicht hatte man es „mit einem nicht sehr typischen Falle von Sarcoma multiplex sympathicum pigmentosum Kaposi zu thun, welches, von der Haut ausgehend, auch die Lymphdrüsen befiel und zur Bildung zahlreicher hämorrhagischer Pseudoangiosarkome führte".

Die Untersuchung des Blutes ergab eine beträchtliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen, welche ausschliesslich die Lymphocyten betraf.

H. Müller.

E. Vollmer und **C. Aschoff**, Experimentelle Studien über Chlorcalcium und seine Verwertung in Kreuznacher Bäderkuren. Ein Beitrag zur Lehre vom Einfluss der Hautnerven auf den Stoffwechsel. (Vortrag, geh. auf dem XVIII. Balneol.-Kongr. zu Berlin 1897.) Arch. f. Dermat. u. Syph. XL. S. 23.

Durch Versuche an gesunden jugendlichen Personen, denen Kreuznacher Sool- und Mutterlaugenbäder verabreicht wurden, stellten die Verff. fest, dass unter dem Einflusse dieser Bäder die Kalkausscheidung und die Chlormenge im Harn einen bedeutenden, chemisch genau zu berechnenden Zuwachs erfährt, der als Maassstab für den vermehrten Umsatz von Chlornatrium und Kalk in den Geweben gelten kann. Da nun eine nennenswerte Resorption von Kalk- und Chlorsalzen aus dem Bade durch die Haut nicht wahrscheinlich ist, so bleibt nur übrig, die Steigerung des Umsatzes durch nervöse Einflüsse, den Reiz der peripheren Nervenendigungen der Haut zu erklären.

H. Müller.

L. G. Richelot, Sur le traitement des prolapsus génitaux. Annal. de gyn. 1896, Nov.

R. glaubt, dass bei der Entstehung der Prolapse eine Prädisposition der Frauen vorliegt. Die Erschlaffung der Gewebe und die Hyperplasie des Uterus sind die Folge von Ernährungsstörungen, denen gegenüber mechanische Läsionen keine Rolle spielen. Die Pat. leiden alle an Beschwerden, wie Migräne, Eczemen, Gelenkschmerzen, Neuralgien, Varicen, Obstipation und ähnlichen, auch nach erfolgreichen Operationen. Die Scheidenwände fallen durch ihre eigene Schlaffheit vor, der nicht suspendirte Uterus folgt, wenn er nicht etwa fixirt ist. Jedenfalls spiele das Gewicht des hypertrophischen Uterus dabei keine Rolle. Stets entsteht der Prolaps nach und nach. Jede aussichtsvolle Operation muss sich nicht bloss auf die Scheide allein erstrecken, sondern auf die Bildung eines guten Dammes, wofür die Hegar'sche Operation sehr geeignet ist.

Bei Hypertrophie des unteren Segmentes des Uterus soll stets die Amputatio colli der Operation vorangehen.

Die Colporaphie soll stets eine weite Resektion darstellen und möglichst viel Gewebe entfernen, um eine starke Schrumpfung zu erhalten.

Jede Fixation von Scheide und Uterus für sich allein ist vollkommen wertlos.

Die Hysterectomie in den Bereich der Prolapsoperation zu ziehen, ist nur indicirt bei Fibromen, Carcinomen des Uterus, beziehungsweise bei Adnexerkrankungen irgend welcher Art.

A. Martin.

Digitized by Google

Cittadini, De l'occlusion intestinale vraie aiguë consécutive à hystérectomie vaginale. Journ. méd. de Bruxelles 1896, No. 47.

Verf. rät, zur Vermeidung von akutem Darmverschluss bei vaginaler Hysterectomie, besonders bei schlaffen Geweben, die Scheidenwunde stets irgendwie zu verschliessen.

Bei eingetretenem Ileus ist möglichst der Sitz des Verschlusses festzustellen und etwaigen paralytischen Ileus infolge von allgemeiner Peritonealinfektion auszuschliessen. Nach Feststellung des mechanischen Ursprunges und der Indikation zu einem chirurgischen Eingriff muss der letztere möglichst vereinfacht und mit oder ohne lokale Anästhesie die Enterostomie, z. B. nach Chaput, gemacht werden. Sekundär kann später die Laparotomie gemacht werden zur Lösung des Verschlusses. A. Martin.

A. Dekeyser, Carcinome primitif de l'utérus à marche envahissante anormale. Eléphantiasis de la parvi abdominale et des membres inférieurs. Journ. méd. de Bruxelles 1896, No. 52.

Bei einer 48jährigen Frau, die an Cervixcarcinom leidet, entwickelt sich im Verlauf von wenigen Monaten ein kolossales Oedem der unteren Körperhälfte von eigentümlich körniger harter Beschaffenheit. Die obere Grenze dieses „elephantiastischen" Oedems bildet eine scharfe Linie, die in der Höhe des Proc. xiphoid. verläuft. Die obere Körperhälfte weist hochgradige Abmagerung auf. Als Ursache des Oedems fand sich neben einer Myocarditis und Mitralinsufficienz bei der Obduktion eine bereits bei Lebzeiten diagnosticirte Kompression des unteren Teils des Ductus thoracicus durch krebsige Lymphdrüsen.

Bemerkenswert ist die beträchtliche Atrophie des unter dem Oedem liegenden Muskelpolsters, ferner der aussergewöhnliche Weg, den die Krebsmetastase eingeschlagen hat, insofern als sich Blase und Rectum frei, Ureteren, Nierenbacken, Nierenkelche, Tubuli recti und contorti dagegen mehr oder weniger stark krebsig infiltrirt zeigten. A. Martin.

E. Dirmoser, Hyperemesis gravidarum. Wien. med. Wochenschrift 1897, No. 8.

Verf. hat 20 Fälle beobachtet; bei 6 verzweifelten hat er Harnanalysen angestellt und reichlich Urohilin, bei 4 Fällen Blutfarbstoff, bei allen Eiweiss, stark vermehrte Indoxyl- und Skatoxylmengen nachweisen können.

Verf. hält folgende Aetiologie für berechtigt: Durch die Vergrösserung des Uterus werden die Endigungen des Sympathicus und Vagus gereizt; durch die letztere wird Hyperämie der Magenschleimhaut und Vermehrung der Schleimsekretion daselbst erzeugt. Hierdurch und durch die Darmatonie werden Zersetzungsprozesse eingeleitet.

Therapeutisch empfiehlt Verfasser Hegar'sche Klysmen und Magenausspülung und zuerst Rectalernährung. A. Martin.

O. Beuthner, Zur Technik der Einführung von Gaze in den Uterus. Corr.-Blatt f. Schweiz. Aerzte. 1897, No. 3.

Nachdem Verf. auf sein in No. 48 des Centralbl. f. Gynäk. vom Jahre 1893 bekannt gegebenes Instrument znr Uterustamponade hingewiesen hat, welches aus einer Rinne besteht, an der ein mit einer Achse versehenes Gehäuse für eine Jodoformgazerolle befestigt ist, beschreibt er näher, wie Frank dieses Gehäuse an einer modificirten Sims'schen Rinne angebracht hat. Er selbst hat nunmehr ein aus Metall gefertigtes Specnlum nach Art des Fergusson'schen konstruirt, welches aus 2 Rinnen besteht, die durch ein seitliches Geleise ineinander gleiten können, so dass man es als Röhrenspeculum und als einfache Rinne verwenden kann. Am Handgriffe kann das Gehäuse für Jodoformgaze angebracht werden. Es sind drei Figuren znr Veranschaulichnng beigegeben. A. Martin.

Fischel, Lacerationsectropinm und Portiocarcinom. Wien. klin. Rundschau 1897, No. 9.

Verf. hatte wegen Verdachts auf Carcinom die hohe Excision des Collum uteri vorgenommen bei einer Pat., die wegen Lacerationsectropium schon vor Jahren nach der Methode Schröder-Emmet operirt worden war. Das Präparat zeigte nun, von der Oberfläche der Schleimhaut betrachtet, ein Bild, das ganz identisch war mit dem eines Lacerationsectropinms. Auf dem Durchschnitt dagegen erkannte man sofort das Gewebe der eingelagerten neoplastischen Snbstanz, das Bild des Adenocarcinoms. Nach der Ansicht von Breisky soll sich nun das Carcinom der Portio sehr häufig auf dem Boden eines Lacerationsectropiums entwickeln. In diesem Falle nun war zwar das Lacerationsectropium schon vor Jahren operativ beseitigt worden, aber doch hatte sich ein Carcinom des Collum ganz in der Form eines erodirten Lacerationsectropinms entwickelt. Er kommt also zu dem Schlnss, dass die operative Beseitigung des Lacerationsectropiums nach der Methode von Schröder-Emmet die Entstehung eines Carcinoms nicht verhüten kann. A. Martin.

C. B. Lockwood, A case of hernia of the ovary in an infant with torsion of the pedicle. Brit. med. journ. 1896, June 13.

Bei einem bis dahin gesunden Kinde von 6 Monaten fanden sich bei explorativer Operation im Bruchsack freibeweglich: Ovarinm, Tnbe und Ligamentnm latum.

Der Stiel war ein halb Mal gedreht und dadurch venöse Stauung und Blutaustritt in das Ovarialgewebe veranlasst. Infolgedessen mussten die Adnexe exstirpirt werden.

Das Kind genas. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **23. Oktober.** **No. 43.**

Inhalt: Münzer, Bedeutung der Ammoniaksalze für die Pathologie. — Strauss, Zur Kenntnis der Glykosurie. — Winterberg, Ueber den Ammoniakgehalt des Blutes. — Seroelken, Ueber den Stoffwechsel bei multiplem Myelom. — Grawitz, Zur Physiologie und Pathologie der Pleura. — Hansemann, Ueber Akromegalie. — Roosnig, Zur Diagnose und Behandlung der Nierensteine. — Kümmell, Zur Technik der Operation des Magencareinoms. — O'Connor, Fall von Chyluscyste des Mesenteriums. — Morse, Drei Fälle von perforirtem Magengeschwür. — Ollier, Ueber Knochenregeneration nach chirurgischen Eingriffen. — Donalies, Zur Histologie und Pathologie der Gehörknöchelchen. — Schrier, Zur Physiologie der Stimme und Sprache. — Sanarelli, Ueber das gelbe Fieber. — Bertrand, Zur Aetiologie der Dysenterie. — Notkin, Ueber die Wirksamkeit des Thyrojodins. — Hauser, Ueber Tetanie der Kinder. — v. Ziemssen, Klinische Beobachtungen über die Milz — Klemperer, Ueber Nierenblutungen bei gesunden Nieren. — Oppenheim, Die Differentialdiagnose des Hirnabscesses. — Anton, Gehirnbefund bei spastischer Lähmung mit Muskelschwund. — Pincus, Myositis progressiva ossificans multiplex. eine Folge von Geburtsläsion. — Lesser, Ueber Syphilis insontium. — Zuckerkandl, Ueber Ovarialtaschen.

E. Münzer, Die Bedeutung der Ammoniaksalze für die Pathologie, nebst einem Beitrage zum Stoffwechsel bei Leukämie. Prag. med. Wochenschr. 1897, No. 16—19.

Seitdem besonders v. Schröder auf die Bedeutung der Leber für die Harnstoffbildung aus Ammoniaksalzen hinwies, sind verschiedene Untersuchungen über Harnstoff- und Ammoniakausscheidung durch den Harn bei schweren Lebererkrankungen (Lebercirrhose, Leberatrophie) ausgeführt worden. In allen ergab sich, dass das NH_3 des Harns vermehrt war, dass aber die Harnstoffbildung nicht oder nur unwesentlich gelitten hatte.

Münzer bringt eine neue Versuchsreihe bei atrophischer Lebercirrhose, in der gleichfalls der Ammoniakstickstoff des Harns gegenüber 3—5 pCt. in der Norm auf 9—16 pCt. des Gesammtstickstoffs angewachsen war. Aber dieser Zuwachs ist nach M. ein Zeichen vermehrter Säurebildung im Körper, nicht der verminderten Fähigkeit der Leber, Harnstoff aus Ammoniak

zu bilden, denn Zufuhr von Alkalien (20 g Natr. citric.) setzte die Ammoniakausscheidung sofort auf 2,28 pCt. herab. M. schliesst hieraus, wie früher übrigens schon RICHTER, dass die Leber keine spezifische Funktion der Harnstoffbildung habe, dass diese Fähigkeit auch den anderen Körperteilen zukomme und nur ein kleiner Teil des Harnstoffs in der Leber entstehe.

Weiter berichtet M. über 2 Fälle lienaler Leukämie, bei denen an 4 bezw. 7 Tagen die verschiedenen Komponenten des Stickstoffwechsels untersucht wurden. Die Ammoniakausscheidung war im ersten Falle unwesentlich, im zweiten nicht vermehrt, die Harnsäure dagegen gesteigert. Sie betrug zwischen 1,7 und 3 pCt. des Gesammtstickstoffs. Zur Prüfung der Horbaczewski'schen Hypothese von dem Zusammenhange zwischen Leukocytose und Harnsäureausscheidung wurde durch mehrere Tage Atropin gereicht, das nach HORBACZEWSKI den Leukocytengehalt des Blutes herabsetzen soll. Weder fand sich letztere Annahme bestätigt, noch die Harnsäureausscheidung verändert. — Während Verf. auf Grund seiner Resultate die Leukämie nicht für eine Stoffwechselerkrankung ansieht, findet er alle Zeichen einer solchen — Erhöhung der NH_3-Ausfuhr, verminderte Blutalkalescenz — beim Diabetes mellitus, für den er gegenüber dem urämischen, cholämischen Coma und der Leukämie das Vorliegen einer Säurevergiftung für möglich hält. Dass durch Zufuhr von Alkalien die Erscheinungen des Coma diabeticum bekanntermassen so wenig zu beeinflussen sind, das führt den Verf. zu dem Gedanken, dass die pathologische Säuerung nur eine sekundäre Erscheinung sei, die eigentliche Ursache der Erscheinungen der pathologische Gewebszerfall, der durch Alkalizufuhr unberührt bleibe. A. Loewy.

H. Strauss, Zur Lehre von der neurogenen und thyreogenen Glykosurie. Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 18.

Die vorliegenden Untersuchungen über die Beziehungen des Nervensystems zum Auftreten alimentärer Glykosurie bereichert Vf. durch weitere an 350 Personen angestellte. Es wurden 100 g Traubenzucker in 500 g Wasser gelöst, des Morgens auf nüchternen Magen gereicht und stündlich während der folgenden 4—5 Stunden der Harn auf Zucker durch Trommer'sche und Nylander'sche Gährungsprobe, meist auch mit Phenylhydrazin untersucht.

Zur Untersuchung kamen folgende Zustände: 1. Traumatische Neurosen 39 Fälle, 14 davon (36 pCt.) zeigten positives Resultat; danach wäre alimentäre Glykosurie bei traumatischen Neurosen häufiger, als bei nicht-traumatischen, funktionellen Neurosen (bei diesen nur in 10 pCt. der Fälle zu finden). — 2. Intoxikationszustände: a) Alkoholintoxikation, und zwar ausserhalb des Zustandes von akuter Intoxikation; positiv von 41 nur 3, d. h. 7 pCt. b) Blei-Intoxikation unter 18 Fällen bei 10 positiv = 55,4 pCt. c) Thyreoidea-Intoxikation. Von 15 Personen, die Thyreoideapräparate erhielten, zeigten 3 alimentäre Glykosurie; diese 3 waren übrigens chronische Alkoholisten. — 3. Nervenkrankheiten. Unter 18 Fällen von Morbus Basedowii zeigten 3 = 16 pCt. alimentäre Zuckerausscheidung. Dies Resultat steht im Gegensatz zu dem CHVOSTEK's, der sie in 69 pCt. der

Fälle fand und daraufhin der Basedow'schen Krankheit eine Sonderstellung unter den funktionellen Neurosen einräumt. Von 57 Paralytikern hatten sie 9 pCt.; gering war auch der Bruchteil bei der grossen Zahl der weiter — wenn auch in kleinerer Zahl von Fällen — zur Untersuchung gelangten Nervenkranken (Lues cerebri, Hirntumor, Apoplexieen, Myelitis etc.).

Was die praktische Bedeutung der Untersuchungen auf alimentäre Glykosurie betrifft, so kommt Verf. zu dem Schluss, dass mit den nötigen Cautelen angestellte Versuche im stande sind, einen Verdacht über bestehende Disposition zu Diabetes je nach ihrem Ausfall zu stützen oder zu zerstreuen. A. Loewy.

H. Winterberg, Ueber den Ammoniakgehalt des menschlichen Blutes unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. Wien. klin. Wochenschrift 1897, No. 14.

Nach der Methode von Nencki und Zaleski hat Verf. zunächst den Ammoniakgehalt des Blutes an 12 gesunden Menschen bestimmt. Er fand ihn im Mittel zu 0,96 mg NH_3 in 100 ccm Blut. Die Schwankungen nach oben und unten waren nur ganz geringe in Analogie zu der Konstanz z. B. des Zuckers und der Salze des Blutes. Schwankungen des Blutammoniaks in grösserer Breite fanden sich im Fieber. Der Mittelwert lag um 2 mg über dem Durchschnitt bei Gesunden, er setzte sich aber aus Werten zusammen, die zum Teil normal waren, zum Teil weit über, zum Teil weit unter der Norm lagen. Ein typisches Verhalten im Fieber ist demnach nicht zu konstatiren.

Normal war der Ammoniakgehalt bei chronischen Lebererkrankungen (hypertrophischer und atrophischer Cirrhose), bei katarrhalischem Icterus und bei akuter gelber Leberatrophie, trotz des in letzterem Falle bereits bestehenden tiefen Comas. Dagegen wurde die Blutammoniakmenge auf 5 mg gestiegen gefunden bei einem Hunde, dem operativ die Leber aus dem Kreislauf ausgeschaltet war.

Wichtig erscheint die Ammoniakbestimmung bei urämischen Zuständen, zumal im Hinblick auf die zur Erklärung des urämischen Symptomkomplexes aufgestellten Theorieen. Verf. fand nur eine mässige Erhöhung: 1 mal auf 2 mg, 1 mal auf 1,4 mg; bei einem Hunde mit doppelseitiger Nierenexstirpation einen normalen Wert. Die Frerichs'sche Hypothese, nach der die Urämie auf einer Ueberladung des Blutes mit kohlensaurem Ammon beruhe, erscheint danach nicht haltbar. A. Loewy.

Seegelken, Ueber multiples Myelom und Stoffwechseluntersuchungen bei demselben. D. Arch. f. klin. Med. LVIII. S. 276.

Verf. giebt zunächst die Krankengeschichte eines 10 Monate in der Jenaer Klinik beobachteten 61jährigen Mannes, bei dem die Sektion und mikroskopische Untersuchung eines Rippenstückes, die zwischen Osteomalacie und Myelom schwankende Diagnose zu Gunsten des letzteren sicherte. Es handelte sich um ein Chondrosarkom des Knochenmarkes. — Dabei fand sich im Harn ein Eiweisskörper, dessen Eigenschaften bereits Matthes (Verhandl. des Kongr. f. inn. Med. 1896) beschrieben und den

er als Nucleoalbumose gedeutet hat. Er fällt bei bestimmtem Salzgehalt seiner Lösung bei 53° aus, löst sich über 60° völlig und fällt beim Erkalten wieder aus. Zuweilen fällt er ohne weiteren Zusatz zum Harn in der Kälte schon in Gestalt fetttröpfchenähnlicher oder leucinkugelartiger Gebilde aus.

An dem Kranken wurde ein 10tägiger Stoffwechselversuch gemacht, bei dem Gesammtstickstoff, Harnstoff, Alloxurkörper, Ca, P_2O_5, NaCl im Harn bestimmt wurden. Letztere Salze und N auch im Kot. Die Bestimmungsmethoden waren die allgemein gebräuchlichen. Ob allerdings das Vorhandensein der Nucleoalbumose, die vor der Verarbeitung des Harns nicht entfernt wurde, die Sicherheit der Methoden nicht beeinträchtigte, muss dahingestellt bleiben.

Die Untersuchung ergab normale Verhältnisse. Eine Knochenanalyse von Wirbel und Rippe liess für letztere auffallend wenig Mineralbestandteile konstatiren, was allerdings vielleicht darauf beruht, dass das Mark nicht vollkommen entfernt war, demnach der Fettgehalt relativ sehr hoch war, nämlich 35,12 pCt. des frischen Knochens. A. Loewy.

E. Grawitz, Zur Physiologie und Pathologie der Pleura. Berl. klinische Wochenschr. 1897, No. 29.

Bei einer im Anschluss an Verschlucken eines Knochenstücks entstandenen Lungengangrän zeigte ein bei einer Pleurapunktion mit der Nadel entferntes Stückchen der Pleura costalis auffällig viel schwarzes Kohlenpigment. Es ist bekannt, dass bei Menschen, die viel in rauchiger Atmosphäre gelebt haben, die Pleura costalis in der Umgebung von Adhäsionen Schwarzfärbung erkennen lässt. Aber auch bei jüngeren, der Staubinhalation nicht besonders ausgesetzten Individuen fand Verf. Ablagerungen in der Pleura costalis, und zwar Kohlenteilchen, Eisenstaub und amorphe Abkömmlinge von Blutfarbstoff. Diese Partikelchen können bei intakter Pleura entweder durch retrograde Lymphbewegung in die Pleura costalis geschwemmt werden oder von den Lymphwegen der Lunge zur Pleura pulmonalis gelangen, von hier in die Pleura ausgeschieden und von der Pleura costalis aufgenommen werden. Verf. liess vom Lande kommende Kaninchen, deren Pleura pigmentfrei war, durch die eröffnete Trachea Staub verschiedener Provenienz einatmen; nach 24 Stunden bereits finden sich dann vereinzelte Staubteilchen in der Pleura costalis. Wurde zuerst ein Pneumothorax angelegt und nach völliger Retraktion der Lunge um den Hilus der Staub eingeblasen, dann zeigte nur die Pleura costalis der gesunden Seite Staubpartikelchen, die der operirten Seite nicht. Es durchwandern also thatsächlich eingeatmete Staubteilchen nach kurzer Frist die Lunge, werden in die Pleura ausgeschieden und zum Teil in dem parietalen Blatt abgelagert.

Auf diese Weise kann durch Inhalation reizender Staubsorten eine Pleuritis ohne jede bakterielle Mitwirkung erzeugt werden.

M. Rothmann.

Digitized by Google

D. Hansemann, Ueber Akromegalie. Berl. klinische Wochenschr. 1897, No. 20.

Eine 46jährige Frau, die an Diabetes mit Furunkulose zu Grunde ging, zeigt bei der Sektion eine auffällige Entwicklung des Unterkiefers. Die Hände sind abnorm breit und zeigen, besonders an den Endphalangen, Hyperostosen. Die Haut ist sehr dick, die Nägel breit und rissig. Es finden sich ferner Exostosen an den Wirbeln, dem Becken, dem Schädeldach. An der Schädelbasis fällt die starke Verdünnung des Keil- und Siebbeins auf. Die Hypophysis ist in einen gelblichen, mittelweichen Tumor verwandelt, der die Keilbeinhöhle ausfüllt und das Rachengewölbe durchbrochen hat. Die Geschwulst zeigt den Bau einer sarkomatösen Hypophysis-Struma. Die Schilddrüse ist etwas vergrössert; das Pankreas ist nicht auffallend atrophisch, zeigt aber mikroskopisch eine erhebliche Bindegewebsvermehrung, wie sie sich häufig bei Diabetes findet. Endlich besteht eine bindegewebige Verdickung des Halssympathicus. Die Diagnose ist auf Akromegalie zu stellen, deren Zusammenhang mit Hypophysis-Erkrankungen nicht mehr geleugnet werden kann. Von 15 zur Sektion gekommenen Fällen zeigten 12 Hypophysisveränderungen und die 3 übrigen sind nicht einmal einwandsfrei.

Nach des Verf.'s über den Altruismus entwickelten Anschauungen ist die Akromegalie der Ausdruck einer altruistischen Hyperplasie, indem die Geschwulstbildung der Hypophysis eine Vermehrung des Knochen- und des Bindegewebes an gewissen Körperstellen erzeugt. Ein therapeutischer Erfolg von der Darreichung von Hypophysisextrakt ist ebensowenig zu erwarten wie von der Schilddrüsentherapie bei der Basedow'schen Krankheit. Auf das Vorkommen der Struma bei Akromegalie ist kein grosses Gewicht zu legen. Dagegen kann man den Diabetes auf die bei der Akromegalie vorkommenden bindegewebigen Wucherungen, die auch im Pankreas Platz gegriffen haben, zurückzuführen. M. Rothmann.

Th. Roosnig, Ueber Diagnose und Behandlung der Nierensteine. Arch. f. klin. Chir. LI. S. 827.

Obschon bisher in Dänemark kein Fall veröffentlicht worden, in dem ein Nierenstein in vivo diagnosticirt ward, hatte R. in den letzten 2 Jahren Gelegenheit, bei nicht weniger als 11 Patt. Nierensteine zu diagnosticiren. Alle ohne Ausnahme wurden erkannt und bei 6 konnte die Diagnose durch die Operation bestätigt werden. R. betont, wie die klassischen Symptome (Hämaturie und Nierenkolik) fehlen und durch eine minimale, nur mikroskopisch erkennbare blutige Beimengung im Harn und durch fixirte Schmerzen, zuweilen bei anscheinend starker entzündlicher Reizung einer cystoskopisch als intakt sich erweisenden Blase, ersetzt werden können. Bei den unter dem Bilde der Eiterniere verlaufenden Steinfällen ist grosser Wert auf die anamnestischen bezw. hereditären Verhältnisse zu legen. Als letztes diagnostisches Hülfsmittel empfiehlt sich Freilegung der Niere von der Lende, verbunden mit ev. Probeincision, bezw. Probepunktion. Für die Therapie trennen sich die mit Eiterung verknüpften von den uncomplicirten Fällen. Nur letztere rechtfertigen den Versuch innerer Behandlung,

Digitized by Google

aber nicht durch alkalische Mineralwässer, welche nach R. bei arthritisch veranlagten Patt. die Ansetzung schwer lösbarer doppeltharnsaurer Salze in den Gelenken begünstigen. Die etwaige gute Wirkung der betreffenden Wässer ist nach Verf. die des reinen Wassers. Von Operationen kommen Nephrolithotomie und Nephrectomie in Betracht, erstere an Stelle der bis 1880 fast allein üblichen Pyelolithotomie. Dass diese zu ihren Gunsten aufgegeben sein wird, ist nach R. nur eine Zeitfrage, denn die Pyelolithotomie hat den Nachteil, dass Parenchym und Nierenkelchsteine nicht durch sie entfernbar sind und fast stets eine Harnfistel bleibt. Die Nephrolithotomie, die in 115 Fällen nur 7 tödliche Ausgänge hat, gilt daher als Normaloperation, wo neben dem Stein noch hinreichend gesunde Nierensubstanz vorhanden ist, dann aber auch, wo stark verminderte Harnstoffabscheidung Krankheit beider Nieren vermuten lässt. Die Prognose der Nephrectomie war mit † 40 pCt. bis dahin eine schlechte; sie ist als Ausnahme auf Fälle zu beschränken, in denen die Harnstoffuntersuchung gewährleistet, dass die „andere" Niere hinreichend funktionirt.

P. Güterbock.

H. Kümmell, Ueber die Anwendung des Murphy'schen Knopfes bei der Operation des Magencarcinoms und über Frühoperation desselben. Arch. f. klin. Chir. LIII. S. 87.

Verf. hat — abgesehen von einer Reihe von Darmresektionen — den „Murphy" unter 16 Operationen am carcinomatösen Magen und 1 Gastroenterostomie bei gutartiger Gastrectasie 15mal verwendet. Nur in zwei Fällen (Resektion des Magens wegen Carcinom der Curvatura minor und Gastroenterostomie) wurde genäht. Es wurde im Uebrigen 9mal die Resektion des Pylorus und 5mal die Gastroenterostomie ausgeführt. Von diesen Operationen sind für die Beurteilung der Wirkung des Knopfes je 2 Resektionen und Gastroenterostomieu wegen zu kurzer Beobachtung auszuscheiden. Von den 13 übrigen Operirten, die mehr oder minder lange Zeit später starben infolge ihres Grundleidens, konnten die einschlägigen Leichenbefunde erhoben werden. Einmal fand man den Knopf bei einer Patientin, die nach 2 Wochen plötzlich an Lungenembolie starb, noch im Magen; sie hatte bereits feste Nahrung genommen und keine Beschwerden. Um ein solches Zurückbleiben zu verhindern, wird der schwerere Teil des Knopfes stets nach dem Duodenum zu befestigt; bei einem Pat. fand man ihn noch nach 9 Tagen festsitzend. Im Ganzen fand sich nur einmal tödlicher Ausgang infolge Lockerung der Naht. Zum Schluss giebt K. eine eingehende Schilderung der von ihm geübten Technik der Pylorusresektion, wobei er wesentlich den Prinzipien HACKER's folgt. — Beigegeben ist die Geschichte von 2 sog. Frühoperationen von Magenkrebs; in dem einen Fall, einen 56jährigen Mann betreffend, Resektion eines Krebses der kleinen Curvatur; nach ca. 1 Jahr normale Magenfunktion bei Gewichtszunahme. Bei der zweiten, 41jährigen Patientin wurde die Magenresektion wegen eines kleinen Pyloruskrebses gemacht; Tod nach ca. 1 Jahr an diffuser Carcinose der Peritonealhöhle.

P. Güterbock.

Digitized by Google

J. O'Connor, Chylous cyst of mesentery: Operation. Recovery. Brit. med. journ. 1897, Febr.

41jähriger Mann, der seit 2 Jahren häufig an Erbrechen und Kolikschmerzen im Leibe litt. Bei der Untersuchung fand sich in der Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse ein grosser fluktuirender Tumor, der besonders in der Narkose auffallend beweglich war. Bei der Operation zeigte es sich, dass eine Cyste im Mesenterium vorlag. Wegen starken Verwachsungen musste von einer Exstirpation abgesehen werden; die Cyste wurde punktirt und eingenäht. Der Inhalt der Cyste erwies sich unter dem Mikroskop als Chylus.

Der betreffende Patient wurde geheilt. M. Borchardt.

Th. H. Morse, Three cases of ruptured gastric ulcer treated by laparotomy, suture, and washing out of the peritoneum. Brit. med. journ. 1897, Febr. 13.

Der erste Fall wurde 5 Stunden, der zweite $4^1/_2$ und der dritte 24 Stunden nach Eintritt der Perforation operirt; die zuletzt operirte Kranke starb einige Stunden nach Beendigung des Eingriffs, die beiden anderen sind geheilt.

Die Operation bestand in Laparotomie, Naht der Perforation und Auswaschung des Peritoneums, weil bereits Mageninhalt in die Bauchhöhle geflossen war. Zur Auswaschung wurden 20 — 30 Liter Wasser benutzt. Die Perforation befand sich in den Fällen Verf.'s an der Vorderwand des Magens, so dass der Verschluss verhältnismässig leicht war.

M. Borchardt.

M. Ollier, Démonstration par les rayons de RÖNTGEN de régénération ossense chez l'homme à la suite des opérations chirurgicales. Comptes rend. 1897, No. 20.

O. hat die Röntgen-Photographie benutzt, um sich von den Dimensionen und Formen der nach subperiostalen Resektionen neugebildeten Knochenteile zu überzeugen. Treffliche Beispiele für den Wert des Verfahrens bieten die Bilder zweier Fälle, in denen vor Jahren fast die ganze Diaphyse der Tibia mitsammt der unteren Epiphyse und dem entsprechenden Talus entfernt wurde, und trotzdem das schliesslich erzielte Resultat ein vortreffliches war; denn in beiden Fällen, in denen die Amputation des befallenen Gliedes zunächst unvermeidlich erschien, haben nach der Extraktion der erkrankten Knochenteile später normale Form und Funktion der befallenen Extremität sich wiederhergestellt.

In der ersten Beobachtung hatte O. $8^1/_2$ Jahre zuvor bei einem damals $15^1/_2$ Jahre alten Mädchen mit einer seit 6 Monaten bestehenden eitrigen Osteomyelitis der Tibia, die auf das Fussgelenk und den Tarsus übergegangen war, ein 28 cm langes Stück aus der Tibia, das die ganze untere Epiphyse und den Malleolus internus mit einschloss, entfernt. Das betr. Stück war vorn und oben schon vollkommen gelöst, sonst noch dem Periost adhärent, bedeckt von neugebildeten subperiostalen Schichten, die indessen teilweise entfernt werden mussten, da sie von Eiter durchsetzt waren, so

dass hier nur eine verdickte, teilweise durch noch weiche osteoide Massen verstärkte Beinhaut zurückblieb. Der Talus war vollkommen eitrig infiltrirt und schon durch knöcherne Adhäsionen mit dem Calcaneus und Scaphoideum verlötet, so dass er ganz entfernt werden musste. Da die Fibula länger war wie die Tibia und den Fuss in die Varusstellung überführte, wurde der Malleolus externus resecirt.

Wie die Röntgen-Bilder zeigen, hat sich der grosse Substanzverlust wieder vollkommen ergänzt. Die neugebildete Tibia ist nur um ein Geringes kürzer, als die der anderen Seite (38 cm — 40 cm), dagegen in einzelnen Abschnitten dicker als die normale, an der Oberfläche gewulstet. Das innere Gefüge ist fest. Der Malleolus internus hat sich gleichfalls ergänzt; für den Talus, der sich nicht wiedergebildet hat, ist der Calcaneus eingetreten. Das Fussgelenk ist beweglich, die Stellung und Funktion des Fusses ist so gut, dass die Kranke ohne jeden Apparat Strecken von 10 bis 12 km zurückzulegen und ebenso auch zu tanzen vermag.

Bei der zweiten, zur Zeit der vor 5 Jahren vollführten Operation 11-jährigen Kranken wurde aus der Tibia ein 183 mm langer, fast vollständig gelöster diaphysärer Sequester, ausserdem die untere Epiphyse mit Ausnahme des Malleolus entfernt, welch' letzterer nur ausgeschabt zu werden brauchte. Was die Fusswurzel anbetrifft, so musste das Scaphoideum exstirpirt und der Calcaneus bis zu einer Tiefe von 1 cm ausgehöhlt werden. Die neugebildete Tibia zeigte sich bei dieser Kranken in ihrer ganzen Länge gegenüber der gesunden Seite verdickt und nur um 3 cm verkürzt. Das Röntgen-Bild weist hier an der oberen Grenze des neugebildeten Schienbeinteiles innerhalb einer Auftreibung eine Höhle im Knochen auf; offenbar hat hier eine Ablagerung von Kalksalzen nicht stattgefunden. Das erzielte funktionelle Resultat war auch in diesem Falle ein ausgezeichnetes.

Joachimsthal.

Donalies, Histologisches und Pathologisches vom Hammer und Ambos. Arch. f. Ohrenheilk. XLII. S. 226.

Verf. konstatirte durch seine Untersuchungen an Serienschnitten, dass die Gehörknöchelchen bei Weitem nicht immer dieselbe histologische Gestalt zeigen, sondern bezüglich der Verteilung von Knochensubstanz und Hohlräumen nicht unerhebliche Differenzen erkennen lassen. Bald überwiege die kompakte Knochensubstanz, gegenüber welcher die Hohlräume relativ wenig entwickelt erscheinen, bald zeigen sich gross angelegte Hohlräume bei schwach entwickelter Knochenmasse. Die Blutversorgung der Gehörknöchelchen sei eine sehr gute, und zwar beim Hammer noch besser als beim Ambos. Wenn trotzdem eine cariöse Erkrankung der Gehörknöchelchen ein verhältnismässig häufiges Vorkommnis sei, so könne schwerlich dafür der histologische Bau der Gehörknöchelchen an sich und ihre Ernährung verantwortlich gemacht werden. Der Umstand, dass, nach den Beobachtungen in der Hallenser Ohrenklinik, der Ambosschenkel am häufigsten erkrankt, darauf Amboskörper, Hammerkopf, Hammergriff, kurzer Ambosschenkel folgen, weise darauf hin, dass die Ursache für das häufigere oder seltenere Erkranken dieser einzelnen Teile in den Lageverhältnissen derselben zu suchen sei. Der lange Schenkel des Ambos ist nämlich am

meisten exponirt, er ragt frei in die Paukenhöhle hinein und erkrankt deshalb am meisten; der kurze Amboss schenkel ist der geschützteste, er liegt in einer Nische im Aditus ad antrum, ist in seiner knöchernen Umgebung von allen Teilen der unzugänglichste und erkrankt deshalb am seltensten. Als direkte Ursache der cariösen Erkrankung der Gehörknöchelchen glaubt Verf. eine Periostitis annehmen zu sollen, wobei für die Fortpflanzung des Prozesses vom Periost auf den Knochen die circumvasculäre Anordnung der Lymphgefässe eine grosse Rolle zu spielen scheine; infolge der Entzündungsvorgänge würde in diesen der Druck zunehmen, und zwar natürlich auf Kosten der Blutzufuhr; die Gefässe würden gleichsam komprimirt und die Ernährung höre auf. Die Caries der Ossicula auf eine Erkrankung des Knochenmarks zurückzuführen, dürfte nur in den seltensten Fällen berechtigt sein, denn es wäre dann nicht einzusehen, weshalb nicht alle Teile der Knöchelchen gleichmässig und gleich häufig erkranken. Schwabach.

M. Scheier, Die Anwendung der Röntgenstrahlen für die Physiologie der Stimme und Sprache. D. med. Wochenschr. 1897, No. 25.

Verfasser gelang es, vermittelst der Röntgenstrahlen die Gaumensegelbewegungen auf dem Schirmbilde genau zu beobachtet. Bei A hebt sich das Gaumensegel am wenigsten, bei E, O, U wird es mehr gehoben, am höchsten bei I. Bei nasal ausgesprochenen Vokalen hebt es sich nur sehr wenig; beim Aussprechen der Konsonanten, mit Ausnahme der Resonanten, hebt es sich ebenso hoch, zuweilen noch höher als bei I. Bei M, N, NG ist die Hebung gering. Bei hohen Tönen ist die Hebung grösser als bei tiefen, ebenso bei laut gesprochenen stärker als bei leise gesprochenen.

Die Gestalt der Mundhöhle ist bei den verschiedenen Buchstaben auch als verschieden erkennbar. Bei A liegt die Zunge am Boden, bei I ist dieselbe zusammengezogen und dem harten Gaumen stark genähert, bei U ist sie über dem Zungengrund zusammengezogen und bildet dem weichen Gaumen gegenüber einen Wulst.

Der Kehlkopf steigt bei steigender Tonhöhe immer höher, der Kehldeckel richtet sich immer mehr auf, während er sich bei absteigender Tonleiter immer mehr senkt. Beim Falsett richtet sich der Kehldeckel steil auf, der Kehlopf wird in die Höhe gezogen und nähert sich stark dem Zungenbein. W. Lublinski.

Sanarelli, Ueber das gelbe Fieber. Wien. med. Bl. 1897, No. 28—31, und Brit. med. journ. 1897.

S. ist es gelungen, den spezifischen Erreger des Gelbfiebers zu isoliren. Es ist ein Bacillus mit abgerundeten Enden von 2 μ Länge, welcher zu Scheinfäden auswächst. Er wächst auf allen gewöhnlichen Nährböden ziemlich gut, auf Gelatine bildet er rundliche, transparente, granulirte Kolonien, in Fleischbrühe entwickelt er sich langsam, ohne ein Häutchen oder flockige Niederschläge zu bilden, auf erstarrtem Blutserum wächst er kaum sichtbar. Am typischsten ist das Wachstum auf Agar bei Zimmertemperatur, die Kolonien erscheinen darauf wie Milchtropfen, opak, hervor-

ragend nnd zeigen einen perlenartigen Glanz. Der Bacillus findet sich weder im Darm, noch in dem Erbrochenen, sondern im Blute nnd in den Organen, besonders liegt er in den Capillaren der Leber. Das beste Mittel, ihn nachzuweisen, ist, ein dem Körper frisch entnommenes Leberstück im Brutofen bei 37° C. 12 Stunden aufzubewahren, was die Vermehrung der Bacillen befördert. Der Bacillus ist fakultativ anaërob, entfärbt sich nach Gram, vergährt Lactose langsam, Glucose nnd Saccharose lebhafter, Milch bringt er nicht zum Gerinnen. Dem Austrocknen widersteht er ziemlich gut, geht im Wasser bei 60° zu Grunde und wird bei 7stündigem Aufenthalte in Sonnenstrahlen abgetötet.

Während die Vögel sich refraktär erweisen, ist der Bacillns für die Haustiere pathogen, nnd zwar ist die Wirkung die gleiche, wenn lebende oder abgetöteto Knltnr injicirt wird. Mit am meisten empfänglich ist der Hund. Unmittelbar nach der Injektion erkrankt er an heftigem Erbrechen. Daranf treten Hämorrhagien auf, der Harn wird spärlicher nnd eiweisshaltig nnd kurz vor dem Tode kommt es zur Anurie. Bei der Obdnktion fällt die starke Verfettnng der Leber anf. Die Niere zeigt eine aknte, parenchymatöse Nephritis. Der Magendarmtraktns ist Sitz einer ausgedehnten hämorrhagischen Gastroenteritis. Mit abgetöteten und dann filtrirten Kulturen hat S. auch an Menschen Versncho angestellt und die Symptome des Gelbfiebers hervorrufen können.

Was die Verbreitnngsweise des Gelbfiebers betrifft, so vorhält sich S. der Ansicht, der Bacillus werde mit dem Trinkwasser aufgenommen, gegenüber skeptisch. Bei der Widerstandsfähigkeit gegen Austrocknen ist es ihm wahrscheinlicher, dass die Infektion dnrch den Respirationstraktns erfolgt, was nach Versuchen am Tiere möglich ist. Für das Vorkommen in der Natur ist es wichtig, dass der Bac. icteroides, wie ihn S. nennt, in seinem Wachstum durch die Stoffwechselprodukte von Schimmelpilzen begünstigt wird. So entwickeln sich auch auf Gelatineplatten, auf welchen das Wachstum tagelang ausgeblieben ist, sofort die Kolonien des Bacillus, wenn durch Verunreinigung Schimmelrasen angehen, nnd zwar ist dio Entwickelung des Bacillus icteroides nm so lebhafter, je näher die Kolonien einem Schimmelpilzmycel liegen. H. Bischoff.

Bertrand, Contribution à la pathogénie de la dysenterie. Microbes et toxines de l'intestin dysentérique. Revue de méd. 1897, No. 7.

Verf. nnterzieht die Litteratur über Dysenterie einer Kritik nnd teilt seine eigenen bakteriologischen Resnltate mit. Die Dysenterie ist eine Infoktionskrankheit, sie ist übertragbar. Der Infektionsstoff ist in den Fäces enthalten. Für den Erreger der Dysenterie sind teils tierische Parasiten, teils Bakterien gehalten worden; allein B. hält die betreffenden Arbeiten und die Versnche nicht für einwandsfrei. Er bestreitet überhaupt, dass es einen spezifischen Erreger der Dysenterie giebt, die Krankheit kann durch verschiedene Bakterien hervorgerufen werden. Die Mikroorganismen sollen sich in der Luft, im Boden und Wasser anfhalten und von da teils durch die Respiration, meist mittelst Getränken nnd Speisen, in den Körper gelangen. Sie können sich in demselben als Saprophyten aufhalten, ohne

eine Erkrankung hervorzurufen. Tritt aber eine Steigerung ihrer Virulenz ein, vermehren sich die Bakterien in enormer Weise, oder besteht eine Läsion der Schleimhaut, so können die Bakterien in die Gewebe eindringen und die Symptome der Dysenterie hervorrufen. H. Bischoff.

I. A. Notkin, Ueber die Wirksamkeit des Thyrojodins bei der Cachexia thyreopriva. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 43.

Nach totaler Schilddrüsenexstirpation treten bekanntlich zwei verschiedene Krankheitsbilder auf, Myxödem und Tetanie. Während das Myxödem wahrscheinlich durch einen eigenartigen Eiweissstoff (Thyreoproteid) verursacht wird, beruht die Pathogenese der Tetanie auf einer Autointoxikation des thyreoidektomirten Tieres mit Stoffwechselprodukten, die nicht eiweissartiger Natur sind. Es entstand daher die Frage, ob das bei Myxödem zweifellos spezifisch heilend wirkende Thyrojodin auch im stande sei, das nicht eiweissartige Tetanietoxin zu entgiften. Verf. stellte daher Versuche an thyreoidektomirten Hunden an, die bei dem Ausbruch von Krämpfen ziemlich grosse Dosen Thyrojodin erhielten. Die Experimente ergaben, was Verf. bereits auf Grund seiner Erwägungen vermutete, dass das Thyrojodin nicht im stande ist, die Tetanie zu bekämpfen. K. Kronthal.

Hauser, Ueber Tetanie der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 35.

H. kommt zu folgenden Schlüssen: Es giebt auch im Kindesalter eine echte Tetanie; dieselbe verläuft in einem Teil der Fälle genau unter dem von der Tetanie der Erwachsenen bekannten Krankheitsbilde; sie bietet als auffälligste Erscheinung die charakteristischen Extremitätenkontrakturen dar. Daneben findet man stets das eine oder andere, häufig sämmtliche Symptome der sog. Trias. Ausser den tetanischen spielen Stimmritzen- und eclamptische Krämpfe eine wichtige Rolle. Die Aetiologie ist noch nicht klargestellt; die Rachitis scheint ein erhebliches disponirendes Moment abzugeben. Das direkte reflexauslösende Moment scheinen öfter Magendarmstörungen zu sein. Die Kindertetanie ist eine gefährliche, oft zum Tode führende Krankheit. Die Therapie hat in erster Reihe die Verdauungsstörungen — wo sie vorhanden sind — zu beseitigen, sonst kann sie nur symptomatisch gegen die Krämpfe sich richten.

Neben der mit typischen Extremitätenkontrakturen einhergehenden Tetanie giebt es im Kindesalter eine (bezüglich jener Krämpfe) latente Tetanie. Ihre Diagnose gründet sich mit Sicherheit auf den Nachweis der erhöhten galvanischen Nervenerregbarkeit, welche in dieser Weise sonst bei keiner anderen Krankheit vorkommt; dasselbe gilt für das Trousseau'sche Phänomen, falls es vorhanden. Ein hochgradig entwickeltes Chvostek'sches Phänomen kann die Diagnose stützen, ist aber ohne eines der beiden anderen Symptome der Trias nicht beweisend. Solche Fälle latenter Tetanie bieten als hervorstechendstes Symptom häufig schweren Spasmus glottidis. Die überwiegende Mehrzahl aller Fälle von Spasmus gl. hat aber mit der Tetanie ätiologisch nichts zu thun, steht dagegen wahrscheinlich in ätiologischem Zusammenhang mit der Rachitis. Stadthagen.

Digitized by Google

v. Ziemssen, Klinische Beobachtungen über die Milz. Münchner med. Wochenschr. 1896, No. 47.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine eingehendere Beachtung der Milz, in erster Linie ihre Ausdehnung, und betont die Möglichkeit, durch Perkussion auch die Grenzen des oberen Teiles des genannten Organs bestimmt feststellen zu können. Was die Methode der Perkussion anlangt, so muss für die Bestimmung des hinteren oberen Umfanges der Milz die starke oder tiefe Perkussion angewandt werden, während für die Abgrenzung des vorderen unteren Abschnittes die leise oder oberflächliche Perkussion am Platze ist. Man beginnt zweckmässig von der Wirbelsäule her die Perkussion, markirt dann mit Blaustift den oberen Milzpol, ferner in der Achsel resp. der Axillarlinie die obere Grenze der relativen Milzdämpfung, ferner den unteren Rand und endlich den unteren Pol. Hindernd für die Erkennung der Milzgrenzen tritt in erster Linie die Kotfüllung des Colon an seiner linken Flexur entgegen, ferner aber auch anderweitige Momente, wie grosse Mengen von Speiseresten im Magen, starker Panniculus adiposus, Meteorismus, geringes Exsudat im linken Pleurasack, schwartige Verdickung der Pleura mit Obsolescenz des Sinus pleurae, Marginalpneumonie, schwartige Verwachsungen der Milzkapsel mit dem verdickten Peritonealüberzug des linken Leberlappens und des Darms u. a. m. Nur von der Niere sei noch erwähnt, dass ihre Dämpfung und diejenige der Milz normalerweise derart zusammentönt, dass nur sehr selten eine perkutorische Trennung dieser beiden Organe möglich ist. C. Rosenthal.

G. Klemperer, Ueber Nierenblutungen bei gesunden Nieren. Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 9/10.

Dass aus gesunden Organen unter nervösen Einflüssen Blutungen (wie Hämoptoë und Hämatemesis) erfolgen können, wird durch klinische Beobachtungen in Verbindung mit Obduktionsbefunden erwiesen; auch bei Tierexperimenten ist es mehrfach gelungen, durch Nervenreizung Blutungen in gesunden Organen hervorzurufen. Was speziell die Nierenblutungen anlangt, so liegt in der Litteratur eine Reihe von Fällen vor, in denen die vom Chirurgen herausgeschnittene Niere sich als völlig gesund erwiesen hat; Verf. nimmt für diese Fälle eine Blutung durch Lähmung der vasokonstriktorischen Nerven an.

Die vom Verf. selbst beobachteten Fälle sind folgende: 1. Zwei Fälle kurzdauernder Nierenblutung durch Ueberanstrengung (beim Reiten resp. Radfahren); Prognose günstig. 2. Zwei Fälle von länger dauernder Hämaturie bei Blutern; die Diagnose stützt sich auf die Familienanamnese, sowie auf vorangegangene eigene Blutungen der Kranken; jeder operative Eingriff, selbst die Cystoskopie, ist zu unterlassen. 3. Zwei Fälle von länger dauernder angioneurotischer Hämaturie; die Diagnose basirt darauf, dass der blutige Harn eine einfache Mischung von Blut und Urin ohne jeden anderen pathologischen Bestandteil darstellt, während die Nieren sich bei der Palpation nicht als vergrössert erweisen; Zeichen allgemeiner Neurasthenie unterstützen die Diagnose, sind aber für dieselbe nicht notwendig. Allerdings ist die Diagnose der angioneurotischen Nierenblutung

erst nach mehrwöchentlicher Beobachtung zu stellen. Die Therapie besteht in Bettruhe, vorwiegender Milchdiät, suggestiver Einwirkung und in hydriatischen Proceduren, vielleicht auch in lokaler Elektrisation. Perl.

H. Oppenheim, Die Differentialdiagnose des Hirnabscesses. Berlin. klin. Wochenschr. 1896, No. 45/46.

O. bespricht zunächst die Differentialdiagnose des Hirnabscesses von der traumatischen Apoplexie und Spätapoplexie, der traumatischen Encephalitis haemorrhagica non purulenta, der traumatischen Epilepsie und den traumatischen Neurosen, insbesondere dem vasomotorischen Symptomenkomplexe Friedmann's. Schwieriger ist die Abgrenzung des otitischen Hirnabscesses von ähnlichen Krankheitsbildern, die teils otogenen Ursprungs sind (extraduraler Abscess, Sinusthrombose, Meningitis purulenta, Meningitis serosa), teils mit dem Ohrenleiden nichts zu thun haben, wie Hirntumoren, Encephalitis, Meningitis tuberkulosa etc. Häufig wird die Meningitis purulenta dort verkannt, wo sie neben dem Hirnabscess vorhanden ist; in anderen Fällen kann die eitrige otitische Meningitis circumskript sein und die Rinde frei lassen, oder eine ausgebreitete, selbst cerebrospinale Meningitis purulenta kann gelegentlich symptomlos verlaufen. In anderen Fällen kann sich die otitische Meningitis geradezu auf die spinalen Meningen beschränken oder sich durch die spinale Beteiligung (toxische Muskelspannungen, ausstrahlende Schmerzen, Sphincterenstörungen, Paraplegien) zu erkennen geben. Auch eine circumskripte Spinalmeningitis, die sich wieder zurückbilden kann, kommt bei otogener Cerebralmeningitis vor. Das Fieber gehört nicht zu den regelmässigen Erscheinungen des Hirnabscesses und muss man die Diagnose auch in Fällen stellen, in denen zu keiner Zeit der ärztlichen Behandlung eine Temperatursteigerung beobachtet wurde; bei anhaltender bedeutender Temperatursteigerung darf man überhaupt keinen Hirnabscess oder wenigstens keinen uncomplicirten Hirnabscess vermuten. In der Pulsverlangsamung sieht O. zugleich mit anderen Autoren das wichtigste Zeichen des Hirnabscesses. Die Beziehungen einer Meningitis serosa zur Otitis und Caries des Schläfenbeins bedürfen noch der Aufklärung. Die Lumbalpunktion erscheint dem Verf. in den Fällen, wo Verdacht auf Hirnabscess oder eitrige Meningitis vorliegt, nicht ohne Gefahr. Nicht selten findet sich bei uncomplicirter Otitis, namentlich im Kindesalter, eine Anzahl von Symptomen, die an eine intracranielle Erkrankung denken lassen, wie Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Gleichgewichtsstörung, Nystagmus. Schwierig ist auch die Abgrenzung von der hämorrhagischen Encephalitis, die ebenso wie der Hirnabscess durch die Influenza erzeugt werden kann und gelegentlich auch bei ohrkranken Individuen zur Beobachtung kommt, und oft kann hier nur die Lokalisation des Herdes und der Herderscheinungen den Ausschlag geben. Nicht selten giebt die Komplikation eines Ohrleidens mit Hysterie (Krämpfen, Lähmungserscheinungen, Gefühlsstörungen) zu Täuschungen Veranlassung, oder ein Hirnabscess wird durch das Hervortreten gleichzeitiger hysterischer Erscheinungen verdeckt und übersehen. — Unter 35 Fällen mit dem Verdacht eines Hirnabscesses, die O. in den letzten Jahren untersuchen konnte, wurde in 14 Fällen diese

Die Verff. weisen nun nach, dass die Versuchsanordnung des letzteren (Atmung der Kaninchen durch eine Schnauzkappe) fehlerhaft ist, weil dieselbe nachweisbar Störung der Atmung erzeugt. Sobald Hindernisse für den Eintritt der Luft sich einstellen, wie dies bei Benedicenti's Verfahren nachweisbar der Fall ist, wird die Atmung gesteigert und dann ist die Reaktion auf CO_2-Reize nicht mehr so prompt und vollkommen, als bei normaler, ruhiger Atmung. Die Versuchstiere der Verff. (Kaninchen), bei denen durch eine geeignete Versuchsanordnung (Atmen durch eine entsprechend weite Trachealkanüle u. s. w., siehe Orig.) die Luft freien Zutritt hatte, zeigten schon bei jeder mässigen Steigerung des CO_2-Gehaltes der Atemluft verstärkte Atmung (Zunahme der Ventilationsgrösse). Nur wenn der CO_2-Gehalt der Atemluft eine gewisse obere Grenze überschritt, sank in Folge der narkotisirenden Wirkung concentrirterer CO_2 auf die Nervencentren die Ventilationsgrösse. Am stärksten wurde diese gesteigert, wenn der CO_2-Gehalt der Atemluft (neben normalem O-Gehalt) etwa 15 pCt. betrug. Dagegen konnte der O-Gehalt der Atemluft zwischen 12,5 und 60 pCt. schwanken, ohne dass die Ventilationsgrösse sich wesentlich änderte.

Es bleibt sonach zu Recht bestehen, dass CO_2 der eigentliche Regulator der Atmungsstärke ist. I. Munk.

Z. Donogány, Die Darstellung des Hämochromogens als Blutreaktion, mit besonderer Berücksichtigung des Nachweises von Blut im Harn. Virch. Arch. Bd. 148. S. 234.

Nach einer kritischen Uebersicht der verschiedenen Methoden zum Nachweis von geringen Blutbeimengungen in Sekreten oder Exkreten, Fäces oder Erbrochenem beschreibt Vf. sein eigenes Verfahren unter Beibringung von Beispielen, die dessen Schärfe erkennen lassen im Vergleich zur Schärfe der spektroskopischen Untersuchung auf Hämoglobin, der Heller'schen und der Wolff'schen Probe.

Der Vf. führt den Blutfarbstoff in Hämochromogen über und betrachtet die dabei auftretende charakteristische Farbenveränderung oder führt eine spektroskopische Untersuchung des Hämochromogens aus. Er bedient sich dabei des Pyridins. — Für den Harn verfährt er so, dass zu ca. 10 ccm Harn 1 ccm Schwefelammon und 1 ccm Pyridin gefügt werden. Es tritt orangerote Färbung auf, die besonders deutlich bei Betrachtung von oben her gegen eine weisse Unterlage wird. Ist der zu untersuchende Harn stark gefärbt, so muss eine nicht mit Pyridin behandelte Harnprobe zur Feststellung des Farbenunterschiedes daneben betrachtet werden. Erheblich empfindlicher ist die Methode, wenn man die Harnprobe von oben gegen untergelegtes weisses Papier spektroskopisch betrachtet. Ist das benutzte Pyridin und Schwefelammon bereits alt, so tritt bei ihrer Mischung eine grüne oder braune Färbung ein, die durch Ammoniakzusatz gelb wird. Die spektroskopische Untersuchung wird dadurch nicht beeinträchtigt.

Kot und Erbrochenes werden in 20procent. Natronlauge gelöst, dann Pyridin hinzugefügt und nach dem Filtriren spektroskopirt. Sputum wird zunächst bis zur Lösung mit NaHO gekocht.

Die Kontrollversuche ergaben, dass die Spektraluntersuchung auf Oxy-

hämoglobin bis zu 1 : 2000 Verdünnung brauchbare Resultate ergab, die Heller'sche höchstens bis zu 1 : 4000, bis zur selben Grenze reichte die Ueberführung in Hämochromogen und direkte Betrachtung, während die Wolff'sche Probe und die Spektraluntersuchung des Hämochromogens bis zu 1 : 8000 leistungsfähig ist. Dabei ist zu beachten, dass letztere mit 10 ccm Harn, die Wolff'sche mit 60 ccm Harn angestellt wird. Die Wolff'sche beruht darauf, dass Harn mit 3proc. Zinkacetatlösung $^1/_4$ Stunde gekocht wird, der Niederschlag in Ammoniak gelöst und spektroskopirt wird.

Des Verf.'s Pyridinprobe ist demnach nicht nur eine der schärfsten, sondern auch einfach und schnell auszuführen A. Loewy.

M. Nencki und **J. P. Pawlow**, Zur Frage über den Ort der Harnstoffbildung bei den Säugetieren. Arch. f. exp. Pathol. XXXVIII. S. 215.

Die Verff. verbanden die Pfortader direkt mit der Vena cava (Eck'sche Fistel), leiteten also das Pfortaderblut direkt in den grossen Kreislauf und zerstörten die Leber. Sie verglichen dann den Gehalt des Harns und des Blutes an Harnstoff und Ammoniak vor und nach der Operation, um zu entscheiden, ob die Leber der alleinige Sitz der Harnstoffbildung sei oder doch dabei beteiligt erscheine. Bei dem ersten, wie vorstehend operirten Hunde war im Harn der Harnstoff von 88,46 pCt. des Gesammtstickstoffs vor der Operation auf 74,53 pCt. nach derselben gesunken, NH_3 von 2,31 auf 4,47 pCt. gestiegen, der übrige Harnstickstoff von 9,23 auf 21 pCt. gestiegen; bei einem zweiten sank der Harnstoff von 81,5 auf 42,6 pCt., NH_3 stieg von 5,1 auf 21,4 pCt., der Reststickstoff von 13,4 auf 36 pCt. — Im Blute war das NH_3 bei zwei Hunden gesteigert von 2,4 mg auf 3,0 bezw. 3,3 mg, bei einem dritten blieb es konstant auf 2,4 mg pro 100 ccm Blut; der Harnstoff war bei zweien ungeändert geblieben, bei dem dritten gesteigert von 89,6 auf 115,1 mg pro 100 ccm Blut. Das heisst also, dass Tiere nach Leberausschaltung einen nicht oder wenig geänderten Harnstoffgehalt des Blutes haben und weiter Harnstoff durch den Harn ausscheiden. Die Leber ist also nicht der ausschliessliche Ort der Harnstoffbildung.

Die Verff. wenden sich jedoch gegen eine Unterschätzung der Leberthätigkeit bei der Harnstoffbildung; aus den klinischen Untersuchungen an Leberkranken wurde eine Beteiligung der Leber daran überhaupt als zweifelhaft hingestellt, da bei fast vollkommener pathologischer Veränderung der Leber immer noch reichlich Harnstoff gebildet werde. Sie weisen darauf hin, dass selbst geringe Reste normalen Lebergewebes zu erhöhter Harnstoffbildung angeregt sein könnten.

Zum Schluss berichten die Verfasser über einen Hund mit Eck'scher Fistel ohne Zerstörung der Lebersubstanz, bei dem der Ammoniakgehalt des Blutes parallel verlief mit der Schwere der auftretenden Intoxikationserscheinungen, um daraus zu folgern, dass die Menge des Blutammoniaks die Ursache der Vergiftungssymptome abgebe.

A. Loewy.

Digitized by Google

E. Haack, Ein Beitrag zur experimentellen Albumosurie. Archiv f. exp. Pathol. XXXVIII. S. 175.

Ebenso wie durch Injektion von Albumosen Leukocytose und Fieber erzeugt werden kann, so auch durch eine Anzahl der Gruppe der Acria angehörender organischer und anorganischer Substanzen. Da diese nun am Orte der Injektion zu Eiweisszerfall führen, so trat Verf. der Frage näher, ob das nach Injektion von Argentum nitricum und Jodtinktur auftretende Fieber sekundär, d. h. durch Eiweisszerfallsprodukte bedingt sein könnte. Er suchte die Frage dadurch zu entscheiden, dass er den Harn auf die Gegenwart von Eiweissderivaten, speziell Albumosen untersuchte. Die Injektionen geschahen unter aseptischen Cautelen an Kaninchen; der Harn wurde durch Katheterismus oder Expression der Blase gewonnen und nur solche Harnproben untersucht, die sich als eiweissfrei erwiesen. Die Untersuchung auf Albumosen geschah so, dass der Harn mit dem 5—10-fachen Volum Alkohol ausgefällt wurde, nach 12—24 Stunden der entstandene Niederschlag in siedendem Wasser aufgelöst und nun die Biuretreaktion angestellt und mit Essigsäure-Kochsalz-Lösung nach KÜHNE geprüft wurde.

Verf. fand: 1. Nach Injektion von Jodtinktur (2 ccm) und Argentum nitricum-Lösung (2 ccm einer 1proc. Lösung) tritt fieberhafte Temperatursteigerung ein, die bei nicht-hungernden Tieren höher ist als bei hungernden, und bei ersteren 0,7—2° beträgt. 2) Es lassen sich Albumosen nachweisen, die entweder nur die Binretreaktion geben oder ausser dieser mit Essigsäure-Kochsalzlösung Fällung in der Kälte, Lösung des Niederschlages in der Wärme.

Ebenso fand Verf. an 4 Pat., denen Jodinjektionen in Hydrocelensäcke zum Zwecke der Verödung gemacht waren, Temperatursteigerung und Albumosen im Harn.

Der Zusammenhang zwischen Albumosurie und Fieber erscheint dem Verfasser danach erwiesen, nicht allerdings die Frage, ob dieser Zusammenhang ein ätiologischer ist, d. h. ob die Albumosen das Fieber hervorrufen oder ob sie nur ein Fiebersymptom, den Ausdruck eines veränderten Eiweisszerfalles darstellen. A. Loewy.

V. Cornil, Sur l'organisation des caillots intra-vasculaires et cardiaques dans l'inflammation des vaisseaux et de l'endocarde. Journ. de l'anatomie etc. 1897. Vol. XXXIII. p. 201.

Nach der Ligatur der Cruralvene beim Hunde zeigt sich in den ersten beiden Tagen eine Entzündung des Bindegewebes der Adventitia und eine Vermehrung der Endothelzellen der Intima. Die Endothelzellen ordnen sich zu mehreren Lagern, von denen das unterste der Gefässwand anliegende abgeplattete Zellen zeigt, während die übrigen geschwollen sind und in das das Gefässlumen oberhalb und unterhalb der Ligatur ausfüllende Blutcoagulum hineinreichen. Dabei bleiben sie aber durch anastomosirende Fortsätze mit den übrigen Endothelzellen in Connex. 48 Stunden nach der Ligatur umgeben diese Endothelzellen bereits die Fibringerinnsel und vereinigen sie durch ihre Fortsätze. Auch im Blutcoagulum selbst sieht

man sie in Reihen längs der Fibrinfäden liegen. Nach 4 Tagen treten in diesen Fibrinknöpfen die ersten Neocapillaren auf, deren Wand von grossen abgeplatteten Zellen gebildet ist. Erst am 6. bis 7. Tage kommt es in diesen Capillaren zur Blutcirkulation, nachdem von den Vasa vasorum der Adventitia und Media aus Gefässe durch die entzündete Intima hindurch sich mit ihnen anastomosirt haben. Die im Blutgerinnsel enthaltenen Leukocyten sind im Absterben, während sich in der entzündeten Intima eine grössere Menge von frischen Leukocyten, vermischt mit proliferirenden Endothelzellen, befinden. Die vollständige Organisation der Gerinnsel mit Verschwinden des Fibrins ist 10 Tage nach Ligatur beendet; alsdann besteht eine feste Narbe mit Verschluss der Vene. Dass bei der am Menschen beobachteten Phlebitis die Vernarbung gewöhnlich nicht so schnell von statten geht, erklärt sich durch den toxischen oder bakteriellen Ursprung derselben. An Stelle der roten Gerinnsel des Experiments sieht man hier grau-weisse Pfröpfe. Es besteht ein Antagonismus zwischen der organisatorischen Entzündung zu Gunsten des Endothels und der septischen, von beträchtlicher Leukocyteneinwanderung begleiteten Entzündung. Nach Bildung der Narbe finden sich beim Menschen oft erweiterte Bluträume, entsprechend den Lücken eines cavernösen Gewebes, so bei den Phlebitiden variköser Venen der Extremitäten und der Venen hämorrhoidaler Knoten um den Anus.

Bleibt bei der Ligatur auch nur die geringste Blutcirkulation bestehen, so bildet sich kein Blutcoagulum und es kommt nicht zur Endothelwucherung. Wird die Arterie gleichzeitig fest unterbunden, so kommt es auch hier zur Endothelwucherung und zu Narbenbildung; nur dauert der ganze Prozess ca. 5—6 Tage länger als bei der Vene.

Verfasser berichtet dann über einen Fall von trockener Gangrän des Fusses bei einem 40jährigen Alkoholiker infolge einer Thrombose der Art. cruralis. Dieselbe war die Folge einer Endarteriitis chronica. Die Organisation des Thrombus entsprach der beim Hunde beobachteten, nur dass der Prozess infolge der Erkrankung der Gefässwand langsamer verlief. — In einem zweiten Fall handelt es sich um senile Fussgangrän infolge einer alten Endocarditis des linken Herzohrs mit organisirtem Thrombus und einem Embolus in der Art. cruralis. Die Organisation des Herzthrombus entspricht vollständig dem Experiment. Auch bei 2 Fällen von Lungenphthise mit Thrombose der A. pulmonalis ist derselbe Gang in der Organisation des Thrombus zu konstatiren. M. Rothmann.

Lange, Ueber die Einwanderung von Zellen in tote Hornhäute. Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1897, 15. Aug.

Die aus dem Orth'schen Laboratorium hervorgegangene Arbeit wendet sich gegen die von Grawitz gegen die Senftleben-Leber'schen Versuche mit transplantirten toten Hornhäuten gerichtete Opposition. Um den Grawitz'schen Einwand, dass die Hornhäute gar nicht abgestorben waren, sicher zu widerlegen, legte Verf. die Hornhäute frisch getöteter Kaninchen, Meerschweinchen oder Ochsen auf 2—14 Tage in 10proc. Formol, kochte sie kurz vor dem Gebrauch 5 Minuten in Formol und dann in Essigsäure.

Digitized by Google

Nach Ausspülung in fliessendem Wasser wurden die Hornhäute in die Bauchhöhle oder das subkutane Gewebe von Hund oder Kaninchen transplantirt. Wurden die Corneae ohne entzündungserregendes Material transplantirt, so zeigte sich nach 31 Tagen eine Einwanderung von Zellen vom Skleralraud der Hornhäute ausgehend; es fanden sich Zellen von der Form der polynucleären Leukocyten, andere hatten die Form kleiner Granulationszellen, endlich fanden sich Fibroblasten, also alle Elemente, die sich in Wundgranulationen finden. Die Hornhautkörperchen hatten keine Beziehung zu dieser Zellinfiltration. Die Hornhäute befanden sich in Organisation, genau so, wie andere aseptische Fremdkörper organisirt werden.

Wurden die Hornhäute, mit Krotonöl injicirt, transplantirt, so zeigte sich nach 19 Tagen ein mit der in Entzündung versetzten Hornhaut übereinstimmendes Bild, nur dass nichts von Hornhautkörperchen zu bemerken war. Die entzündliche Zellinfiltration muss hier von eingewanderten Zellen stammen; es sind hier ausschliesslich Eiterkörperchen, die wahrscheinlich aus dem Blut stammen, während die oben beschriebenen Fibroblasten und Granulationszellen von dem die Hornhaut umgebenden Gewebe ihren Ursprung zu nehmen scheinen.

Die Grawitz'sche Behauptung, dass in tote Hornhäute keine Zellen einwandern, ist falsch. Die Infiltration geht nur langsamer von statten, als bei Keratitis, da die Durchgängigkeit des Hornhautgewebes durch die Vorbehandlung gelitten hat. M. Rothmann.

K. Cramer, Beitrag zur Casuistik der subphrenischen Abscesse und der Querresektion der Niere. (Aus der chir. Abteilung des Kölner Bürgerhospitals [Prof. Bardenheuer].) Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XLIII. S. 597.

I. Zwei seltenere subphrenische Abscesse. Der erste Fall, nach Typhus entstanden, gestattete die Diagnose des subphrenischen Abscesses, aber nicht die des Ausgangspunktes des Eiters. Nach Freilegung der Abscesshöhle durch Thürflügelschnitt fand sich in der doppelt vergrösserten Milz eine gänseeigrosse Eiterhöhle, die nach Entleerung des Eiters glattwandig erscheint. Jodoformgaze-Tamponade; langsame Heilung. In der Epikrise wird u. a. auf die Seltenheit der Milzabscesse nach typhösen Erkrankungen hingewiesen. — Im zweiten Fall, eine 36jährige Frau betreffend, welche an Adnex-Eiterungen litt, bestand nur ein rechtsseitiger subphrenischer Abscess zwischen Zwerchfell und Leber, nach dessen Incision und Ausheilung dann zum Zweck völliger Heilung der Uterus sammt Anhängen entfernt wurde. Auch dieser Fall ist ein sehr seltenes Vorkommnis.

II. Querresektion der Niere wegen Tuberkulose. 1. Bei dem 32jähr., früher gesunden, nicht belasteten Pat., der vor 2 Monaten einen Stoss gegen den Bauch erhalten, schwankte die Diagnose zwischen Paratyphlitis und Psoitis bezw. Senkungsabscess. Erst nach über 4 Monaten wurde ein Tumor der rechten Niere nachgewiesen, nach deren Freilegung durch Thürflügelschnitt Volumszunahme des unteren Pols konstatirt wurde. Durch eine absichtliche Eröffnung des Bauchfells an der vorderen Seite

der Niere wurde das normale äussere Verhalten der anderen Niere konstatirt. Die Geschwulst am unteren Pol der rechten Niere erwies sich besetzt mit hirsekorn- bis erbsengrossen Knötchen, der untere Pol gesund; Querresektion ohne Eröffnung des Nierenbeckens. Pat. erholt sich nicht von dem nur 25 Minuten währenden Eingriff und stirbt nach 5 Stunden; keine Autopsie. Die mikroskopische Prüfung des entfernten Nierenstückes bestätigte die Diagnose auf Tuberkulose. — 2. Der 18jährige, vielfach kränkelnde Pat. kam mit deutlichem linksseitigen perinephritischen Abscess zur Operation. Da die obere Hälfte der Niere normal, wird nur der untere, verfärbte, disseminirte gelbliche Stellen haltende Abschnitt ententfernt, indem so lange Scheiben abgetragen wurden, bis nur noch Gesundes in der Schnittfläche lag. Eröffnung des Nierenbeckens, Tamponade, Heilung durch Granulation; nach $^1/_4$ Jahr Pat. wohl und gesund. In der Epikrise wird auf die Berechtigung der Querresektion bei beschränkter hämatogener Nierentuberkulose (schon von Israel erfolgreich ausgeführt) hingewiesen, zumal bei 100 Nephrectomien Palot nur 16mal beiderseits Erkrankungen fand. P. Güterbock.

Borchard, Beitrag zur Casuistik der eingeklemmten Brüche. (Aus der chir. Universitätsklinik zu Königsberg.) Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLIII. S. 216.

Betrifft 100 in der Zeit vom 1. April 1884 bis 1. Januar 1895 im städt. Krankenhause zu Mannheim und in den Universitätskliniken zu Jena, Marburg und Königsberg i. Pr. (welche Anstalten der Reihe nach unter Leitung von Braun standen) beobachtete Brucheinklemmungen. Die Arbeit ist, wie die Ueberschrift andeutet, wesentlich casuistischen Inhalts. Nur einiges Wenige ist, den Zwecken dieses Blattes entsprechend, hier hervorzuheben. Durch Taxis (meist in Chloroformnarkose) wurden 11 Fälle: 10 Inguinalhernien (darunter 9 bei Männer, 7 rechts- und 2 linksseitige, und bei einer Frau) und 1 linksseitiger Schenkelbruch (bei einer Frau) behandelt mit † 1 an Herzparalyse. Herniotomirt wurde bei 69 nicht-gangränösen Hernien, darunter nur 10 linksseitige; von 40 Leistenbrüchen kamen 9 auf Frauen, von 29 Schenkelbrüchen 2 anf Männer. Die sonstigen Einzelheiten bezüglich Alters etc. geben zu Bemerkungeu keinen Anlass; etwa in der Hälfte der Fälle lag Netz mit Darm, in 4 dasselbe allein vor. Eine sog. Hernia littrica kam 1mal vor. Von 68 Herniotomien verliefen 5 (7 pCt.) letal und ein Kind starb an Collaps, ein zweites an Bronchopneumonie, 2mal bestand Perforation, 1mal einfache Peritonitis. Von 20 gangränösen Hernien, darunter 2 Fälle von Hernien des eirunden Loches, welche beide starben, die eine unoperirt pyämisch, die andere nach Laparotomie und Darmresektion an Peritonitis. Mit Anus praeter naturam wurden 7 Patt. behandelt (6 Frauen, 1 Mann), darunter 5 mit Schenkel- und 2 mit Leistenbrüchen; nur 1 Pat. wurde geheilt. Allmählich machte man häufiger die primäre Darmresektion: Von 11 so behandelten Fällen betrafen 6 Franen, bei deren Schenkelbrüchen die Resektion mit primärer cirkulärer Darmnaht ausgeführt wurde; 5 wurden geheilt, eine, die schon in Agonie zur Operation kam. Dagegen starben von fünf Operirten mit primärer Enteroanastomose 3, darunter 1 an Collaps, 2 an

Digitized by Google

Peritonitis. Rechnet man erstere ab, so zeigen 10 Operationen 3 Todesfälle. Nur ausnahmsweise bestand die Einklemmung mehr als 3 Tage bei diesen Resecirten. Ob man nicht in einzelnen Fällen doch den Anus praeter naturam an Stelle der primären Resektion zu machen hat, bleibt zur Zeit noch unentschieden. P. Güterbock.

H. Peham, Riesenzellensarkom des Kreuzbeins. D. Zeitschr. f. Chir. XLV. S. 241.

Der in der Albert'schen Klinik beobachtete 17jährige Patient litt an einer kleinapfelgrossen Geschwulst, die über den untersten Kreuzbeinwirbeln und dem Steissbein sass. Der glatte, zeitweise fluktuirende, empfindliche Tumor wurde wegen seines langsamen Wachstums für einen kalten Abscess gehalten; bei der Operation jedoch zeigte es sich, dass es sich nicht um einen Abscess, sondern um einen vom Kreuzbein ausgehenden Tumor handelte. Das Kreuzbein wurde in der Höhe des dritten Wirbels mit dem Meissel durchtrennt, und es gelang auf diese Weise, den Tumor vollkommen zu entfernen. Das Os sacrum war durch den central sitzenden Tumor wie aufgebläht, die umgebende Muskulatur mit Geschwulstmassen infiltrirt; auf dem Durchschnitt zeigten sich zahlreiche grössere und kleinere, teilweise mit blutigem Inhalt erfüllte Cysten. Mikroskopisch zeigte die Geschwulst den typischen Bau des Riesenzellensarkoms. Die Entstehung der Cysten führt P. auf herdweisen Zerfall von Sarkommassen zurück. M. Borchardt.

J. B. Walker, A successful case of external oesophagotomy for tooth plate twenty-two months impacted in the oesophagus with summary of one hundred and sixty-seven operations recorded up to january 1897. New York Med. Record. March 6. S. 330.

Ein 40jähriges Fräulein bemerkte nach einer kurzen Ohnmacht den Verlust der oberen Platte ihres Gebisses. Dieselbe war aus Platin gefertigt, $1^1/_4$ Zoll lang, $^3/_4$ Zoll breit und trug vorn zwei Zähne, sowie zwei Halbringe aus dünnem Draht zur Befestigung an den im Munde vorhandenen Zähnen. Im Halse bestanden geringe Schmerzen; am folgenden Tage trat die Unmöglichkeit ein, etwas zu schlucken. Eine Schlundsonde konnte nur 6 Zoll weit eingeführt werden. Schon Tags darauf passirten Flüssigkeiten und nach 5—6 Wochen feste Speisen wieder leicht die Speiseröhre. Erst $1^1/_2$ Jahre später kam es von neuem zu Schlingbeschwerden, verbunden mit Heiserkeit und, infolge der erschwerten Nahrungsaufnahme, die schliesslich nur noch per rectum möglich war, mit starkem Kräfteverfall.

Eine äussere Palpation am Halse ergab keinen Anhaltspunkt für den Sitz des Fremdkörpers; eine Sonde konnte 7 Zoll weit eingeführt werden. 22 Monate nach dem Unfall schritt W. zur Eröffnung des auf der linken Seite gerade oberhalb des Sternums freigelegten Oesophagus. Auch die von der Wunde in die Speiseröhre eingeführten Bougies wurden zunächst alle, anscheinend durch weiches Gewebe aufgehalten, bis endlich ein Fischbeinstab an der vorderen Speiseröhrenwand entlang tiefer eindrang und eine Sonde an der hinteren Wand in ein Divertikel und in diesem auf die

vertikal gestellte Platte stiess. Nach Verlängerung des ösophagealen Schnittes bis zu einer Länge von $1^1/_2$ Zoll gelang die Entfernung mit einer gekrümmten Arterienklemme. Der weitere Verlauf war ein guter; nach 7 Wochen war völlige Heilung eingetreten.

W. hat an der Leiche die extrahirte Platte, sowie verschiedene andere Fremdkörper in den Oesophagus eingeführt und dann auf Röntgenbildern nachgewiesen. Joachimsthal.

Downie, Ein Fall von erworbener totaler Taubheit infolge von hereditärer Syphilis, mit Sektionsbefund. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXX. S. 236.

Der Fall betrifft einen 17jährigen Mann, der im Laufe von 6 Jahren vollständig taub für alle Schallquellen geworden war. Objektiver Befund am Trommelfell negativ. Der Vater des Pat. hatte an Syphilis gelitten. Ausser der Affektion des Gehörorganes fanden sich bei dem Pat. als Zeichen hereditärer Lues: Hutchinson'sche Zeichen, Keratitis parenchymatosa, Gummigeschwulst in der rechten Scheitelbeingegend. Infolge Zerfalls dieser Geschwulst und darauffolgender Meningitis trat der Exitus letalis ein. Bei der anatomischen Untersuchung des rechten Schläfenbeins fand sich Sklerosirung des Proc. mastoideus, Ankylose des Steigbügels, Obliteration des äusseren Drittels des inneren Gehörganges. Vestibulum beträchtlich verkleinert, Modiolus und Lamina spiralis waren dermassen verdickt, dass sie einen ungewöhnlich grossen Teil des Hohlraumes der Schnecke einnehmen. Von den halbcirkelförmigen Kanälen nur eine Spur der äusseren aufzufinden; die übrige Partie dieses Labyrinthteiles verlor sich in einer Masse dichten, elfenbeinharten Knochens. Schwabach.

Schwabach, Ueber Erkrankungen des Gehörorgans bei Leukämie. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXXI. S. 103.

Verf. unterzieht die leukämischen Erkrankungen des Gehörorgans einer eingehenden Betrachtung auf Grund von fünf eigenen, klinisch wie pathologisch-anatomisch sorgfältigst geprüften Fällen, sowie 10 in der Litteratur vorliegenden Beobachtungen. Das Resultat derselben ist Folgendes:

Die leukämischen Erkrankungen des Ohrs, deren Frequenz ca. $^1/_3$ der daraufhin untersuchten Fälle ausmacht, bevorzugen das männliche Geschlecht und treten besonders im vierten Lebens-Dezennium auf. Die Erscheinungen zeigen sich in den akut verlaufenden Fällen von Leukämie verhältnismässig kurze Zeit nach dem Beginn der Allgemeinerkrankung, während in den chronischen Fällen in der Regel ein grösserer Zwischenraum zwischen beiden liegt. Sie äussern sich in mehr oder minder hochgradiger, meist sehr schnell zunehmender Schwerhörigkeit, verbunden mit subjektiven Geräuschen und nicht selten auch mit Schwindel. In einer Anzahl von Fällen tritt diese Trias der Erscheinung unter dem Bilde des Ménière'schen Symptomenkomplexes auf.

Als das Wesentlichste des anatomischen Befundes verzeichnet Verf. Lymphocytenanhäufungen und Blutungen. Dieselben kommen in sämmtlichen Teilen des Ohres und den benachbarten Bezirken, wie Gaumen-, Rachen- und Zungentonsillen, Stirn- und Keilbeinhöhle vor, sind jedoch

Digitized by Google

am häufigsten und ausgedehntesten in dem Nervenapparat des Ohres zu finden.

Für die von Gradenigo verfochtene Ansicht, dass vorangegangene oder gleichzeitig bestehende entzündliche Prozesse prädisponirend für Ohrkomplikationen bei Leukämie sind, hat Verf. keinen sichern Anhaltspunkt gefunden. Ebensowenig war er in der Lage, vorausgegangene Syphilis für die in einigen Fällen gefundenen Knochenneubildungen im Gehörorgan verantwortlich zu machen.

Zum Schluss nimmt Verf. zu der Frage Stellung, inwieweit die klinischen Erscheinungen sich mit den anatomischen Veränderungen decken. Soweit es sich um den Ménière'schen Symptomenkomplex handelt, ist das Ergebnis des Obduktionsbefundes nicht einheitlich, wenn auch in der Mehrzahl der Fälle sich die Veränderungen wesentlich auf Blutextravasate im Labyrinth beziehen. In den Fällen von plötzlicher Schwerhörigkeit mit schneller Steigerung fanden sich neben Lymphocyten-Infiltration zumeist Blutextravasate, entweder im Mittelohr allein oder auch im Nervenapparat. In den wenigen Fällen von sich allmählich entwickelnder Schwerhörigkeit bestand der anatomische Befund hauptsächlich in Lymphocyten-Infiltration nebst anderen mit der Leukämie nicht direkt zusammenhängenden Veränderungen; nur einmal fanden sich gleichzeitig auch Blutextravasate.

M. Leichtentritt.

Hendelsohn, Ueber Ozaena und ihre Behandlung mit cuprischer interstitieller Elektrolyse. Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. 1897, Aug.

Bei der lebhaften Empfehlung der Elektrolyse als zuverlässiges Heilmittel der Ozaena ist es nicht uninteressant, das Resultat der Versuche mit dieser Methode an 10 Kranken der Kayser'schen Poliklinik zu beachten. Wenn auch zuzugeben ist, dass bei richtiger Stromdosirung die Methode ungefährlich ist, so ist doch ein dauernder Erfolg nicht zu verzeichnen gewesen. Nur in einem Falle, der als leichter zu deuten war, konnte nach 5 Monaten Befreiung von Borken und Foetor konstatirt werden. In der weitaus grösseren Mehrzahl war während der Behandlungsdauer subjektiv und objektiv eine Besserung nachweisbar, die jedoch nach dem Aussetzen dem früheren Zustand Platz machte. Alle Patienten, die später noch einmal untersucht wurden, haben bis auf den einen keine irgendwie deutliche Besserung erfahren.

W. Lublinski.

Van de Velde, De la nécessité d'un sérum antistreptococcique polyvalent pour combattre les streptococcies chez la lapin. Arch. de méd. exp. et d'anat. pathol. 1897. IX. (4.) S. 835.

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, zu prüfen, inwieweit ein Antistreptococcenserum gegen Infektion mit verschiedenen Streptococcen schützt. Die Kulturen gewann er aus sehr verschiedenen pathologischen Prozessen bei Menschen, aus Anginen, Abscessen, Erysipel, puerperalen Infektionen und anderen Erkrankungen. Bereits kulturell konnte Vf. einige stets wiederkehrende Unterschiede feststellen. Die Grösse der einzelnen Coccen war verschieden, die Zahl der Glieder der Ketten war bei den verschiedenen Arten verschie-

den, auch bestanden im Wachstum auf den verschiedenen Nährböden einige Differenzen. Diese Differenzen konnten jedoch Verf. nicht veranlassen, verschiedene Arten anzunehmen, sondern er hält die Abweichungen für Variationen der einen Art Strept. pyogenes. Mit einigen Kulturen hat er Pferde immunisirt und gefunden, dass ein Serum, welches gegen Infektionen mit dem homologen Streptococcus hohen Schutz verleiht, gegen andere Streptococcen überhaupt nicht zu schützen braucht. Danach würde es unmöglich sein, ein eigentliches Antistreptococcenserum, welches gegen Infektionen mit irgend einem Streptococcus Schutz verleiht, herzustellen. Indessen vermochte Verf. dadurch, dass er ein Pferd mit zwei Streptococcenarten immunisirte, ein Serum zu gewinnen, welches auch gegen Infektion mit beiden Streptococcen schützte. Er behält sich vor, weiter zu prüfen, ob ein Serum möglich ist, welches gegen noch mehr Arten Streptococcen schützt, und hofft, auf diese Weise zu einem Heilserum gegen Streptococcen-Infektion zu kommen. Die betreffenden Sera wirkten auch lediglich auf die homologen Streptococcen agglutinirend, so dass es möglich ist, dass die Fähigkeit, eine Kultur zu agglutiniren, parallel geht mit dem Vermögen, Schutz gegen Infektion zu verleihen. H. Bischoff.

Courmont, Propriétés acquises par le sérum des typhiques au cours de la maladie. Leur rapport avec le ponvoir agglutinant. Compt. rend. etc. 1897, No. 27.

Um festzustellen, ob das Auftreten der Agglutinine bei Typhuskranken eine Verteidigungsreaktion des Organismus oder ein Symptom der Infektion ist, hat C. Tiere injicirt:

1. mit Typhuskulturen, welche durch Zusatz des spezifischen Serums agglutinirt waren;

2. mit den gleichen Dosen von Kultur und Serum, jedoch getrennt;

3. mit Kulturen, welche in dem gleichen Verhältnis mit anderem Serum versetzt waren, und

4. mit Kulturen ohne Serumzusatz.

Er fand, dass in den ersten Tagen der Erkrankung das Serum schädigt, indem die Meerschweinchen empfänglicher waren. Diese Kraft des Serums macht einer immunisirenden Platz, welche bereits während der Krankheit ausgesprochen ist, und zwar um so mehr, je mehr man sich der Heilung nähert.

Endlich schwächt das Serum während der ganzen Zeit, wo es agglutinirend wirkt, die Virulenz der Typhusbacillen, wenn es einige Stunden mit denselben in Berührung bleibt. Während zwischen der schädigenden und immunisirenden Wirkung des Serums und der Agglutination kein Parallelismus besteht, besteht ein solcher zwischen der Agglutination und der die Virulenz herabsetzenden Wirkung.

Es scheint also die Bildung der Agglutinine eine Wirkung der Verteidigung des Organismus zu sein, welche gegen den Erreger während der Infektionsperiode gerichtet ist. H. Bischoff.

Digitized by Google

F. Pinner, Beitrag zur Barlow'schen Krankheit. D. med. Wochenschrift 1896, No. 34.

Verf. beschreibt 3 Fälle von Barlow'scher Krankheit. Bemerkenswert ist der plötzliche letale Ausgang eines dieser Fälle; dieser Fall zeigte auch noch die besondere Eigentümlichkeit, dass Nasen-, Darm- und Nierenblutungen auftraten. Bei der Obduktion wurden pericardiale Petechien gefunden. Auffallend war ferner zu Lebzeiten des Kindes das Missverhältnis zwischen Temperatur und Pulsfrequenz; letztere betrug 148 bei 36,6 Temperatur. In einem anderen Falle war vorübergehend die Pulsfrequenz auf 174 gestiegen. In zweien der 3 Fälle konnte Vf. das Vorhandensein morphotischer Bestandteile, besonders roter Blutkörperchen, im Harn nachweisen. In einem dieser 2 Fälle war Albumen mit den gebräuchlichen Proben nicht zu erkennen, dagegen — mit Hülfe der Centrifuge — hyaline Cylinder, Leuko- und Erythrocyten auffindbar. Stadthagen.

Mirinescu, Considérations sur la température axillaire chez les enfants, principalement sur la valeur de petites élévations au dessus de 37°. Rev. mens. des mal. etc. 1897. S. 154.

Die verbreitete Auffassung, dass die Körpertemperatur der Kinder höher sei, als die der Erwachsenen, hält Verf. für falsch. Die Temperatur der Kinder, in der Achselhöhle gemessen, bleibt meist unter 37°; sie vollführt leichte Schwankungen, welche aber bei den meisten 3 oder 4 Zehntelgrade nicht übersteigen. Schwankungen, welche 6—8 Zehntelgrade übersteigen, sind — selbst innerhalb des physiologischen Breitengrades von 36,5—37,5° — zumeist als Ausdruck leichter Fieberbewegung aufzufassen. Ein sicheres Urteil, ob eine Temperatur fieberhaft sei oder nicht, ist in sehr vielen Fällen nur abzugeben, wenn man das Kind öfter bei völlig normalem Befinden gemessen hat; z. B. kann 37,3° ebenso gut einen fieberlosen wie einen fieberhaften Zustand bedeuten. Stadthagen.

H. Senator, Ueber die Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und insipidus. D. med. Wochenschr. 1897, No. 24.

Wie zwischen der experimentell zu erzeugenden Polyurie und Glykosurie, so besteht auch zwischen den klinischen Formen des Diabetes mellitus und insipidus eine nahe Verwandtschaft. Zunächst in ätiologischer Beziehung: in der Aetiologie beider Arten des Diabetes spielen Affektionen des Nervensystems eine hervorragende Rolle; ferner ist in einer — bisher allerdings noch kleinen — Zahl von Beobachtungen das Auftreten von Diabetes insipidus in der Nachkommenschaft eines an Zuckerkrankheit Leidenden (oder umgekehrt) konstatirt worden. Am meisten beweisend ist der Uebergang der einen Krankheit in die andere, oder gar das abwechselnde Auftreten bald der einen, bald der anderen bei denselben Patienten; relativ am häufigsten scheint der Uebergang von Diabetes mellitus in insipidus zu sein, ein im Ganzen nicht ungünstiger und sogar zu völliger Heilung führender Ausgang. In zwei Fällen des Verf.'s trat an Stelle des Diabetes mellitus eine Nephritis, die unter Verschwinden der Albuminurie wiederum

Digitized by Google

einer Polyurie Platz machte nnd mit Heilung endete. Seltener und prognostisch ungünstiger ist der Uebergang eines Diabetes insipidus in mellitus. Endlich ist anch — allerdings sehr selten — ein abwechselndes Vorkommen von Diabetes mellitus nnd insipidus bei einem nnd demselben Kranken beobachtet worden.

Zum Schluss betont Verf. nnter Aufstellnng verschiedener Hypothesen, dass es eine völlig befriedigende Erklärung für diese verschiedenen Verhältnisse nicht giebt. Perl.

A. v. Weismayr, Znm Verlaufe der cronpösen Pneumonie. Zeitschr. für klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft.

Die vom Verf. in 39 Fällen von Pneumonie vorgenommene Sputnmuntersuchung ergab in 34 Fällen lediglich die Fränkel-Weichselbaum'schen Diplococcen, in 2 Fällen daneben auch das Vorkommen von Streptococcen, während 3mal lediglich Streptococcen zu konstatiren waren. Für die Fälle der 2. und 3. Gruppe war als charakteristisches klinisches Symptom die auffallend späte Lösung des pnenmonischen Infiltrates bemerkenswert. Verfasser betont auf Grund dieser Erfahrnngen, dass der Befund von Streptococcen im Sputnm eines an typischer croupöser Pnenmonie Erkrankten die Beurteilung des Verlaufes nnd die Stellnng der Prognose wesentlich beeinflusst, weil mit der grössten Wahrscheinlichkeit eine sehr verzögerte Lösung des Infiltrates zu erwarten ist. Perl.

Klippel et Lefas, Crises hypersécrétoires dans le tic doulonreux de la face. Soc. de Biol. 1897, No. 7.

Bei einem 50jährigen, an Malaria nnd Syphilis erkrankt gewesenen Mann hatten sich seit dem 40. Lebensjahre nngemein heftige, die rechte Gesichtshälfte einnehmende Schmerzanfälle eingestellt. Diese wurden durch eine abnorm reichliche Speichelsekretion beendet. — Seit einem Jahre hatten die einzelnen Anfälle insofern ihren Charakter verändert, als die Schmerzen nur wenige Minuten anhielten, dafür aber Stnnden hindurch das rechte Ange thränte und aus dem rechten Nasenloch ein fadenziehender gelblicher Schleim floss; ausserdem wurden 180—380 ccm schaumigen Speichels entleert. Während Gehör und Geruch rechts beeinträchtigt waren, blieb der Geschmack normal. Brom nnd Aconit führten eine mässige Besserung herbei. Bernhardt.

R. Hirschberg, Traitement de l'ataxie dans le tabes dorsalis par la rééducation des monvements (méthode de Frenkel). Arch. de Neurol. 1896, No. 9.

H. berichtet über die Erfolge der Frenkel'schen Methode bei Tabes dorsalis, die nicht mit der gymnastischen Behandlung zu verwechseln ist; dieselbe wurde von Leyden als kompensatorische Behandlnngsart, von Frenkel als kompensatorische Uebungstherapie und von Raymond als méthode de rééducation des monvements bezeichnet und bezweckt die Incoordination der Tabiker zu verbessern; dazu gehören Uebungen des Willens und der Mnskeln, Bewegungen, die methodisch, langsam und oft ansgeführt

Digitized by Google

werden und von den einfachsten Muskelaktionen zu den complicirtesten übergehen. — Klinischerseits beobachtete er bei Tabikern häufig eine ungleichmässige Verteilung der Störungen über beide Körperhälften, indem die Ataxie oft nur an einer Seite vorhanden oder mehr ausgeprägt ist, und ferner das von ihm benannte „phénomene plantaire". Dasselbe besteht in einer plantaren Hyperästhesie, die besonders zum Ausdruck kommt, wenn man, wie zur Prüfung des Sohlenreflexes, leicht über die Sohle mit einem festen Gegenstand hinfährt; mitunter schreien die Kranken dann heftig auf; das Phänomen kommt sogar bei tactiler Anästhesie vor und tritt mitunter sofort bei der Berührung auf oder etwas verspätet. — Bei Tabikern mit Gelenkerkrankungen ist die Frenkel'sche Behandlung nicht anwendbar; auch bei Amblyopie und Amaurose ist sie contraindicirt, da die Sehkraft zur Wiedererlernung coordinatorischer Muskelthätigkeit notwendig ist. Auch im präatactischen Stadium ist diese Therapie zwecklos. Ueber 9 Fälle mit gutem Erfolge wird ausführlich berichtet; meist wurden die Kranken mehrere Monate hindurch mit der genannten Methode behandelt. S. Kalischer.

Fr. Schultze, Beiträge zur Diagnostik und zur chirurgischen Behandlung der Gehirntumoren und der Jackson'schen Epilepsie. D. Zeitschr. für Nervenhlk. 1896. IX. (3/4.)

Im ersten Falle wurde wegen doppelseitiger Ophthalmoplegia externa, Ataxie, Schluckbeschwerden, Sprachstörung, choreiforme Bewegungen, Apathie, Stauungspapille die Diagnose auf einen Vierhügeltumor gestellt; trotzdem trat in wenigen Monaten völlige Heilung ein und musste der Fall als ungewöhnliche Form der Poliencephalitis mit Ependymitis und Hydrocephalus aufgefasst werden. An diese Erkrankung schloss sich eine Psychose, die jetzt abklingt. Progressive Paralyse war ausgeschlossen. Im zweiten Falle wurde ein Tumor an der Basis der linken Seite diagnosticirt, während die rechte vordere Stirngegend besonders betroffen und Erweichungen der Basalganglien beider Seiten hinzugetreten waren; es lag ein basales Gliosarkom vor. Im dritten Fall wurde ein Gehirntumor richtig diagnosticirt und operirt, jedoch verlief der Fall tödlich. Zwei weitere Fälle verliefen ebenfalls in einem durch die Operation beschleunigten Tempo recht unglücklich. In einem sechsten, nicht operirten Fall wiesen eine vorübergehende Hemianopsie und die folgende Amaurose, sowie Schwindel, Nackenschmerzen, Abducens, Facialisschwäche auf einen Kleinhirntumor hin, der auf das Occiput drückte. Die Autopsie nach dem plötzlich eingetretenen Tode erwies einen Tumor des Unterwurms (Gliosarkom). Im 7. und 8. Fall handelte es sich um eine völlig erfolglose Operation in 2 Fällen von Epilepsie bei 5—6jährigen Kindern, in denen das Vorhandensein von Jackson'schen Symptomen an eine Herderkrankung denken liess. (Halbseitige Anfälle mit folgender transitorischer Parese.) S. Kalischer.

Fr. Pineles, Zur pathologischen Anatomie der reflektorischen Pupillenstarre. Arbeiten aus dem Obersteiner'schen Institut. 1896. (4.)

Der Verf. hatte Gelegenheit, das Hirn eines Tabikers, der in frühen

Stadien der Erkrankung an einem Vitium cordis zu Grunde ging, zu untersuchen. Intra vitam bestanden lancinirende Schmerzen, Verlust des einen, Abschwächung des anderen Patellarreflexes, reflektorische Pupillenstarre bei erhaltener Konvergenzbewegung, Lähmungen der Augenmuskeln fehlten. Das Hirn wurde nach MARCHI behandelt. P. fand am Boden des Aquaeductus Sylvii in der Höhe der hinteren Kommissur sehr verdickte und strotzend mit Blut gefüllte Gefässe und mehrere Blutungen im centralen Höhlengrau. Da auf Grund theoretischer Erwägungen die reflektorische Pupillenstarre in einer Läsion der Verbindungsapparate zwischen Opticus- und Oculomotorinskern bestehen muss, so würde an jener Stelle des Höhlengraus, welche im vorderen Vierhügel gelegen ist, sehr wohl das Centrum für die Pupillenbewegung liegen können.

Der Umstand, dass der vom Verf. beschriebene Prozess als ein entzündlicher sich erweist, steht allerdings mit der allgemeinen Annahme, dass der Untergang der Nervenelemente den primären Vorgang darstelle, im Widerspruch. Der Verf. betont hierbei, dass sein Fall im Frühstadium der Erkrankung starb. M. Brasch.

---

1) **G. Toepfer,** Ein Fall von Xanthoma tuberosum diabeticum. (Aus der Abteil. des Prof. MRAZEK im Rudolf-Spital in Wien.) Arch. f. Dermat. u. Syph. XI. S. 3.

2) **Geyer,** Beitrag zur Histologie und Lehre vom Xanthoma tuberosum multiplex. (Aus der dermat. Abteil. der städt. Krankenanstalten zu Elberfeld.) Ebenda. S. 67.

1) Bei einem 42jährigen Manne waren seit etwa 10 Jahren an der Nackenhaargrenze, an der Streckseite der Arme, den Nates und unteren Extremitäten linsen- bis haselnussgrosse, teils glatte, teils brombeerartig gefelderte Tumoren mit hellroter Peripherie und fettgelbem Centrum entstanden. Zwischen den zum Teil dicht gedrängt stehenden und confluirenden Geschwülstchen fanden sich linsengrosse narbige Depressionen mit einem Pigmenthofe. Der Urin enthielt 5 pCt. Zucker und 0,067 pCt. Eiweiss, aber keine renalen Formbestandteile. Während einer Kur in Karlsbad involvirten sich die Xanthomknoten mit Hinterlassung von Narben ganz auffallend schnell, zugleich wurde der Urin zuckerfrei und zeigte nur noch Spuren von Eiweiss. Die Rückbildung der Tumoren ging aber auch weiter vorsich, als sich später Albuminurie und Glykosurie wieder eingestellt hatten. — Ein excidirter, knapp unter dem Papillarkörper gelegener Knoten bestand aus fibromatösen Strängen, die von dem Bindegewebe der Haut ihren Ursprung nahmen. Das gelbe Fett lag in den die Stränge zusammensetzenden langgestreckten, spindelförmigen Zellen. — Von der fibrösen Grundlage genetisch verschiedene Xanthomzellen waren nicht nachweisbar.

2) Bei G.'s Patienten, einem 33jährigen Manne, waren seit etwa einem Jahre in wiederholten, stets durch leichte ziehende Schmerzen eingeleiteten Schüben, an der hinteren Seite des Rumpfes, sowie an den Extremitäten kaum stecknadelkopf- bis linsengrosse, auf ihrer Höhe strohgelbe und von einem rötlich-gelben Saume umgebene Knötchen aufgetreten. Der Urin

Digitized by Google

zeigte einen regelmässigen Eiweissgehalt von $^1/_4$—$^1/_2$ pM., der durch reichlichen Biergenuss gesteigert wurde, und spärliche Cylinder. Die Knötchen lagen im obersten Teile der Cutis und bestanden aus Zellen vom embryonalen Bindegewebstypus, welche Fett enthielten, und zwar die an der Peripherie des Tumors gelegenen in feinster Verteilung, die im Centrum in grösseren Tröpfchen. Die ersteren zeigten nicht selten Teilungsfiguren in den verschiedensten Stadien, woraus auf ihre volle Lebensfähigkeit und darauf zu schliessen ist, dass der Xanthomprozess kein gewöhnlicher Degenerationsprozess sein kann.

Der Ausgangspunkt der Xanthomwucherung ist nach G.'s Befunden in den Endothelzellen der Lymphbahnen zu suchen.

Im weiteren Verlaufe des Falles flachten sich die Knötchen zum grossen Teil ab, verloren ihren Xanthomtypus und hinterliessen nur Pigmentflecke; die Zellen hatten nunmehr ihren Fettgehalt vollständig verloren. Zugleich waren die Cylinder und bis auf Spuren auch das Eiweiss aus dem Urin verschwunden. Als der Patient indess in der früheren Weise Spirituosen zu geniessen begann, recidivirten Albuminurie wie Hautleiden.

Verf. folgert hieraus, dass das Xanthom keine Lokalaffektion, sondern eine Erkrankung auf allgemeiner Grundlage ist. H. Müller.

Ch. A. Morton, A case of supra-vaginal amputation of the cervix for carcinoma during the fifth month of pregnancy. Lancet 1896, Aug. 8.

Bei Carcinom der vorderen Lippe im 5. Schwangerschaftsmonat wurde mit der galvanischen Schlinge der Cervix amputirt. Am 4. Tage nach der Operation trat Abort ein. Verf. sucht sein Verfahren durch den Hinweis auf Fälle (Hermann), wo die Frucht nach Cervixamputation wegen Carcinom — 5 mal in 10 Fällen — ausgetragen wurde, und auf die Gefährlichkeit der Totalexstirpation zu rechtfertigen. Ueber das Auftreten von Recidiven werden keine brauchbaren Angaben gemacht. A. Martin.

E. Berggrün und **F. Winkler,** Ueber eine massanalytische Bestimmungsmethode der Eiweisskörper in der Frauenmilch. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 2.

Die Verfasser geben eine vorläufige Mitteilung über ihre Versuche nach einer Methode, welche in der Hand des praktischen Arztes eine wenigstens approximative Bestimmung des Caseïn- und Albumingehaltes der Milch gestattet.

Doch sind ihre diesbezüglichen Versuche, die sich an das von Pitarelli vorgeschlagene Verfahren anschliessen, noch nicht genügend, um daraus einen Faktor zur Bestimmung des Albumingehaltes berechnen zu können. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 6. November. No. 45.

Inhalt: Kramm, Ueber ein neues Kreatininderivat. (Original-Mitteilung.) Heller, Mager, v. Schrötter, Einfluss des Luftdrucks auf den Organismus. — Kleine, Einfluss des Morphiums auf die Salzsäuresekretion. — Krauss, Die Fettresorption beim Gebrauch von Karlsbader Mineralwasser. — Bang, Ueber die Kohlehydratgruppe im Leukonuclein. — Lindemann, Verhalten der Schilddrüse beim Icterus. — Johnston, Fall von Fraktur der ersten Rippe. — Braun, Ueber die Lumbalpunktion. — Haab, Schädigung der Netzhaut durch den elektrischen Strom. — Zeroni, Cholesteatome in einem Ohrpolypen. — Rosenberg, Jodoforminjektion bei Struma. — Fischl, Einfluss der Abkühlung auf Infektionen. — Epifanow, Verhalten des Blutes bei Injektionen von Spermin und Moschus. — Katz, Zur Lehre von der diphtherischen Lähmung. — Leo, Therapeutische Anwendung von diastatischem Ferment. — Steiner, Komplikation des akuten Gelenkrheumatismus. — Sticker, Objektive Darstellung von Sensibilitätsstörungen. — Köster, Fall von Tetanie mit eigentümlichem Sektionsbefund. — Dahn, Behandlung der Trigeminusneuralgie. — Dejerine und Sottas, Degeneration von Rückenmarkssträngen. — Bardach, Anwendung von Quellsalzseifen bei Hautkrankheiten. — Harttung, Ueber Lungenembolie bei Hydrargyrumparaffin-Injektionen. — Adolphi, Kombinirte Untersuchung nach Brandt-Dührssen. — Engel, Einfluss der Influenza auf den weiblichen Organismus. — Schäffer, Zur Bekämpfung der Höhlenblutungen.

Ueber ein neues Kreatininderivat.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Dr. **William Kramm**, Arzt in Berlin.

(Aus dem chemischen Laboratorium des Pathologischen Institnts der Universität Berlin.)

Bei Gelegenheit von Versuchen, mit Hülfe der Weyl'schen Kreatininreaktion zu einer Methode der quantitativen Kreatininbestimmung zu gelangen, beobachtete ich das Auftreten eines bisher nicht beschriebenen Körpers, welcher sich als ein Kreatininderivat erweisen liess.

Wenn man im Harn die Weyl'sche Reaktion anstellt (Zusatz von Nitroprussidnatrium und Natronlauge) und nunmehr die anfangs rote, dann gelb

Digitized by Google

gewordene Flüssigkeit, die durch Einstellen in Eis möglichst gekühlt ist, mit Essigsäure neutralisirt, resp. ganz schwach ansänert, so scheidet sich hei kräftigem Umrühren schnell ein Niederschlag aus, der in weiss-glänzenden Wolken im Becherglase umherwirhelt. Anf's Filter gehracht, kann er mit Wasser gewascben, mit Alkohol und Aether getrocknet werden. In kaltem Wasser sehr schwer, ist er in kochendem Wasser leichter löslich und scbeidet sich heim Erkalten der Lösung wieder ah. Getrocknet stellt er nnn ein ein weisses, lockeres Pulver dar, das sicb unter dem Mikroskop als krystallinisch erweist (Nadeln, an den Enden zngespitzt, häufig radiär zu Büscheln angeordnet, nehen Prismen mit oft pinselartig verdickten oder zngespitzten Enden).

Die Snbstanz ist rein organisch: sie verbrennt auf dem Platinhlech leicht nnd verpuffend ohne Rückstand, wohei sich, wie heim Verhrennen von Kreatinin, ein Spargelgernch entwickelt.

Eine Schmelzpunkthestimmung war nicbt ausführbar, denn hei ca. 220° beginnt eine Zersetzung und bei 360° war noch keine Schmelzung erfolgt.

Löslicb ist die Substanz in verdünnten Mineralsäuren, in verdünnter Natronlauge nnd im Ueherschnss von Ammoniak. Die sauren Lösnngen sind farhlos, die alkalischen gelh. Ans letzteren wird dle Substanz durch Nentralisation mit Essigsäure oder durch Einleiten von Kohlensäure wieder abgeschieden.

Die Elementaranalyse, welche Herr Dr. G. SCHRADER freundlichst mit mir ausgeführt hat, lieferte folgende Ergehnisse:

I. C-H-Bestimmung.

1. 0,2062 g Substanz ergahen 0,2616 g CO_2 = 34,20 pCt. C
   und 0,0808 g H_2O = 4,31 „ H.
2. 0,2271 g Substanz ergaben 0,2906 g CO_2 = 34,89 „ C
   nnd 0,0958 g H_2O = 4,68 „ H.
3. 0,2150 g Suhstanz ergaben 0,2704 g CO_2 = 34,30 „ C
   und 0,0830 g H_2O = 4,29 „ H.

II. N-Bestimmnng (nach DUMAS).

1. 0,2068 g Substanz ergahen 71,6 ccm N hei 753,5 mm B ünd 21° t.
   Hieraus berechnet sich 40,37 pCt. N.
2. 0,1714 g Suhstanz ergahen 59,6 ccm N bei 754,5 mm B nnd 20° t.
   Hieraus herechnet sicb 39,48 pCt. N.
3. 0,2100 g Substanz ergaben 76,0 ccm N hei 753,0 mm B nnd 19,5° t.
   Hierans herechnet sich 40,01 pCt. N.

Aus dem Mittel der gefundenen Procentzahlen (C = 34,46, H = 4,42, N = 39,95) herechnet sich als am wahrscbeinlichsten für die Substanz die Formel $C_4H_6N_4O_2$, welche 33,8 pCt. C, 4,23 pCt. H, 39,44 pCt. N erfordert. Hiernach darf die Suhstanz, welche, ehenso wie aus Harn, aus einer reinen Kreatininlösung dargestellt ist, als ein Derivat des Kreatinins ($C_4H_7N_3O$) angesehen werden, in dem ein H-Atom des Kreatinins durch die NO-Gruppe suhstitnirt ist, — mithin als eine Nitrosoverbindung des Kreatinins. Ob

die NO-Gruppe in die CH_2-Gruppe des Kreatinins eingetreten und an C gebunden, oder ob sie das H der Imidgruppe substituirt und an N gebunden — somit als Nitrosamin aufzufassen — ist, muss noch durch weitere Reaktionen eruirt werden.

Von Verbindungen der Substanz ist bisher die des Silbers dargestellt. Löst man die Substanz in Salpetersäure, fügt Silbernitratlösung im Ueberschuss hinzu und neutralisirt mit Ammoniak, so fällt ein weisser volumindser Niederschlag, der, in kaltem Wasser unlöslich, sich als ein krystallinisches Silbersalz der Substanz erwies mit einem Silbergehalt, der dem von der Formel $C_4H_5AgN_4O_2$ verlangten (43,37 pCt.) sich genügend nähert. Das getrocknete Silbersalz ist gegen Licht wenig empfindlich, in Salpetersäure und im Ueberschuss von Ammoniak — in letzterem mit gelber Farbe — löslich. Salzsäure erzeugt einen Niederschlag von Chlorsilber. — Andere Salze der Substanz sind bisher nicht dargestellt.

Ueber die exakten Beziehungen der Nitrosoverbindung zur Weyl'schen Reaktion sind noch weitere Versuche notwendig. Es wird ferner zu versuchen sein, ob sich eine entsprechende Nitrosoverbindung auch aus den Hydantoinen gewinnen lässt, da diese nach GUARESCHI (cf. HUPPERT, Analyse des Harns), weil sie, wie das Kreatinin, 2 Atome N an die Gruppe CH_2—CO gebunden enthalten, ebenfalls die Weyl'sche Reaktion ergeben.

Inwieweit eine quantitative Gewinnung der Nitrosoverbindung aus Kreatininlösungen möglich ist, soll hier nicht erörtert werden, da ich bald über eine auf Darstellung dieses Derivats begründete Methode der quantitativen Kreatininbestimmung berichten zu können hoffe.

Die Mittel zur Ausführung der vorliegenden Untersuchungen sind mir aus der Gräfin Bose-Stiftung von der medizinischen Fakultät zur Verfügung gestellt worden.

Herrn Prof. SALKOWSKI spreche ich zum Schluss für die gütige Unterstützung bei den Untersuchungen meinen verbindlichsten Dank aus.

R. Heller, W. Mager und **H. v. Schrötter,** Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung rascher Veränderungen des Luftdruckes auf den Organismus. Pflüger's Archiv. LXVII. S. 1.

Durch die Beobachtung von Erkrankungen (Asphyxie, Paralysen u. s. w.) an Wiener Caissonarbeitern angeregt, haben Verff. die Wirkungen starker Aenderungen des Luftdruckes, insbesondere die Effekte raschen Ueberganges von einem bedeutend erhöhten zum normalen Luftdruck experimentell studirt. Der zur Prüfung von Warmblütern (Hund, Kaninchen, Meerschweinchen, Vögel) konstruirte zweckmässige Apparat, der eine Kompression bis auf 5 Atmosphären und eine Dekompression bis auf Normaldruck mit jeder gewünschten Schnelligkeit gestattete, ist im Orig. genau beschrieben und durch Abbildungen erläutert.

Bekanntlich stehen sich bezüglich der Deutung der bei Kompression resp. Dekompression eintretenden Störungen zwei Auffassungen einander gegenüber; die eine leitet sie von dem mechanischen Moment abnormer Blutverteilung her, die andere (HOPPE-SEYLER, BERT u. A.), die sog. Gas-

theorie, von dem bei Dekompression plötzlichen Freiwerden der Blutgase und dadurch entstehenden Gasembolien und Cirkulationsstörungen.

Die Versuche der Verff. haben nun zu folgenden Resultaten geführt. Die Blutverteilung im Körper erfährt in komprimirter Luft aus mechanischen Ursachen keine Veränderung. Nach rascher Dekompression, deren Dauer für den einzelnen Fall innerhalb einer gewissen unteren Grenze (35 bis 50 Sekunden) schwankt, kann man im Gefässsystem (im Orig. finden sich überzeugende Abbildungen von solchen Gasembolien in den Hirn-, Herz- und Mesenterialgefässen) freies Gas nachweisen, das fast ausschliesslich aus Stickstoff besteht. War der Aufenthalt in komprimirter Luft ein genügender und die Dekompression eine entsprechend rasche, so treten nach In- und Extensität verschiedene Erscheinungen auf, entweder schwere Störungen der Herz- und Atembewegungen (Dyspnoe oder oberflächliche Atmung, unregelmässige schwache Herzaktion), die direkt zum Tode führen können, oder Störungen seitens des Centralnervensystems, insbesondere des Rückenmarkes, die sich in Krämpfen der einen, Lähmungen der anderen Glieder, oder zuerst in Krämpfen, dann in Lähmungen darstellen. Alle diese Erscheinungen sind durch das Vorhandensein von freiem Gas im Gefässsystem bedingt, und lassen sich dementsprechend auch durch künstliche Einbringung von Luft in das Gefässsystem in ähnlicher Weise hervorrufen. Die Gasembolie der Spinalgefässe führt zu multipler herdweiser Nekrose im Rückenmark. Die nach der Dekompression auftretenden Erscheinungen können durch neuerliche Kompression zum Teil zum Schwinden gebracht werden. Die Symptome von Seiten des Herzens und der Atmung werden unter allen Umständen günstig beeinflusst, jedoch nur dann, wenn die Rekompression rechtzeitig vorgenommen wird. Der Erfolg derselben hängt im Allgemeinen ab von der Kürze der Zeit, die zwischen dem Auftreten der Erscheinungen und der neuerlichen Kompression liegt, von der Höhe des Druckes und der Dauer desselben, sowie von der zeitlichen Ausdehnung, der Langsamkeit des Druckabfalles.

Die Nutzanwendung dieser experimentellen Erfahrungen für die Deutung der an Caissonarbeitern auftretenden Störungen behalten sich Verff. für eine andere Mitteilung vor. I. Munk.

F. K. Kleine, Der Einfluss des Morphiums auf die Salzsäuresekretion des Magens. Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 21.

Verfasser hat versucht, die neuerdings von Hitzig behauptete Unterdrückung der Salzsäuresekretion durch Morphin experimentell am Hunde festzustellen. Nach Versuchen, den Salzsäuregehalt am ausgeheberten Mageninhalte zu bestimmen oder an dem nach Apomorphin-Injektion Erbrochenen, Versuche, die kein befriedigendes Resultat ergaben, ging Verf. an die Anlegung von Magenfisteln. Er untersuchte das bei fast leerem Magen aus ihnen sich ergiessende Sekret, dessen Salzsäuregehalt er nach Mörner-Sjöquist feststelle. Zunächst beschäftigte er sich mit der akuten Morphinwirkung. Aus dem Vergleich der 10 Normalversuche mit 11 Morphinversuchen geht hervor, dass beim Hunde ein sekretionshemmender Einfluss nicht existirt. Im Mittel war an den Normaltagen der Salzsäure-

gehalt = 2,3 pM., an den Morphintagen = 2,49 pM.; in gleichen Zeiten wurden ausgeschieden an den Normaltagen 0,0426 g HCl, an den Morphintagen 0,0567 g.

Sodann wurde festzustellen gesucht, ob chronische Morphinvergiftung etwa anders auf den Magen einwirkt. Einem Hunde wurden durch 14 Tage steigende Dosen von Morphin beigebracht, dann in 8 Versuchen der Mageninhalt untersucht. Es ergab sich, dass die Magenverdauung gelitten hatte, zunächst durch Insufficienz in der Entleerung der Ingesta, später auch durch Beeinträchtigung der Salzsäureabscheidung. Letztere sieht Verf. als sekundär an, bedingt durch einen infolge der Stagnation der Ingesta herbeigeführten Katarrh der Magenschleimhaut. Bei Heilung des letzteren nach Aussetzen des Morphins nahm die Salzsäuresekretion wieder zu. — Es empfiehlt sich auf Grund vorstehender Versuche, nicht durch Morphindarreichung etwa eine künstliche Anacidität des Magensaftes herbeiführen zu wollen. A. Loewy.

Fr. Kraus jun., Die Resorption des Nahrungsfettes unter dem Einflusse des Karlsbader Mineralwassers. Berl. klin. Wochenschrift 1897, No. 21.

Die für die Diätetik während einer Karlsbader Brunnenkur nicht unwichtige Frage nach der Resorption des Fettes bei Zuführung von Karlsbader Mineralwasser hat Verf. in Ausnutzungsversuchen an drei Personen studirt, deren eine an chronischem Darmkatarrh, deren zweite an Arthritis urica, deren dritte an Ulcus ventriculi litt. Die gegebenen Fettmengen übertrafen weit das praktisch Notwendige, sie lagen bei ca. 200 g pro die. Verabreicht wurden Fette niedrigen Schmelzpunktes, Milchfette und Sesamöl. Getrunken wurden 300 bis 700 ccm Karlsbader Mühlbrunnen pro die.

Die Fettnahrung wurde gut vertragen und die Ausnutzung war gegen die Kontrollperiode kaum geändert. Von dem aufgenommenen Fett wurden im Kote ausgeschieden bei der einen Person normal 1,7—2,3 pCt., bei Mühlbrunnen 3,1 pCt.; bei der zweiten 6,01 pCt. gegen 3,2 pCt.; bei der dritten 3,84 pCt. gegen 4,6 pCt. in der ersten Mühlbrunnen-Trinkperiode, 4,24 pCt. in der zweiten, 8,09 pCt. in der dritten Trinkperiode. Die nur in der letzten Periode gefundene deutliche Verschlechterung der Ausnutzung hängt vielleicht mit Fieberbewegungen, die während ihres Verlaufes auftraten, zusammen. A. Loewy.

I. Bang, Ueber die Kohlehydratgruppe in dem Leukonuclein. Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 21.

Wenn auch durch eine Reihe von Untersuchungen bekannt geworden war, dass Nucleine verschiedener Herkunft ein Kohlehydrat enthalten, das als eine Pentose anzusehen ist, so war dies doch noch nicht für alle Nucleine bewiesen. Speziell aus der Leukonucleinsäure konnte Kossel kein Kohlehydrat gewinnen.

Verfasser untersuchte nun durch Chloroformzusatz seit längerem konservirtes eitriges, tuberkulöses Pleuraexsudat, und zwar gesondert das sedimentäre zellige Material und das über demselben stehende Eiterserum.

Digitized by Google

Aus beiden wurde zunächst Nucleoalbumin dargestellt und diese Lenkonucleoalbumine enthielten Pentosen; sie geben die Tollens'sche Reaktion (kirschrote Färbung beim Erhitzen mit concentrirter Salzsäure und Phloroglucin), auch konnte mittelst Phenylhydrazin ein bei 155—156° schmelzendes Osazon (Pentosazon) dargestellt werden.

Danach scheint nun die Möglichkeit der Zuckerabspaltung eine allgemeine Eigenschaft der Nucleine zu sein. A. Loewy.

W. Lindemann, Ueber das Verhalten der Schilddrüse beim Icterus. Virchow's Archiv. Bd. 149. S. 202.

HÜRTHLE hat zuerst angegeben, dass die Gallenstauung eine erhöhte Schilddrüsenfunktion bedinge. Eine gesteigerte Funktion der Schilddrüse ist charakterisirt durch die vermehrte Absonderung des Sekrets; eine vermehrte Füllung der Lymphbahnen lässt auf dieselbe schliessen. Aus der Anzahl der Colloidtropfen, des eigentlichen Sekrets, lässt sich auf den Zustand der Sekretion schliessen. Auch der Zustand der Zellgranulationen kann auf eine gesteigerte Funktion hinweisen; die Zahl der Colloidzellen erlaubt dagegen keinen sichern Schluss. Sekretorische Nerven besitzt die Schilddrüse augenscheinlich nicht; dagegen ist eine Reihe von Substanzen bekannt, die durch chemische Reizung die Schilddrüse in den Zustand gesteigerter Funktion versetzen.

Verf. hat nun zum Nachweis des Zusammenhanges zwischen Gallenstauung und Schilddrüsenfunktion die Schilddrüsen mehrerer an tödlichem Icterus gestorbener Menschen untersucht. Es handelt sich in drei Fällen um Verlegung des Ductus choledochus durch ein Pyloruscarcinom, in einem Fall um ein metastatisches Sarkom der Retroperitonealdrüsen. Zur Kontrolle wurde die Schilddrüse eines Erwachsenen und eines Kindes ohne Gelbsucht und einer Frau mit Uteruscarcinom mit starker Cachexie untersucht. Die 4 Fälle von tödlichem Icterus ergaben leichte Schwellung der Schilddrüse, abnorme Füllung der Follikel und der Lymphspalten, während die letztere in den Kontrollpräparaten der anderen Schilddrüsen fehlte. Diese gesteigerte Colloid-Sekretion ist nun nicht auf den Reiz der Galle zurückzuführen, sondern auf die Herabsetzung der antitoxischen Kraft der Leber bei Verschluss des Ductus choledochus. Die dadurch bedingte Ueberladung des Blutes mit Giften regt alle Organe, die eine ähnliche antitoxische Funktion besitzen, also auch die Schilddrüse, zur erhöhten Arbeit an. M. Rothmann.

G. J. Johnston, A case of fracture of the first rib, complicated by abscess in to the lung with remarks on fractures of the first rib. Dublin journ. of med. sc. 1896, Sept. p. 19.

Eine 45jähr. Frau, welche einen Ofenvorsatz trug, kam zu Falle und fiel auf diesen Ofenvorsatz, so dass sie mit demselben unter den medialen Teil des linken Schlüsselbeins kam und sich gleichzeitig einen Bruch des 4. Fingers links zuzog. Letzterer trat zunächst so in den Vordergrund, dass sie erst am 9. Tage nach dem Unfall wegen Schmerz in der linken Axilla und Pectoralisgegend in das Krankenhaus kam. Ausser Collaps

und Anämie, sowie einer leichten Ecchymose von der linken Schulter bis über das Gesicht bestanden keine Krankheitserscheinungen. Es bildete sich aber, dem 1. und 2. Intercostalraum entsprechend, eine Anschwellung mit tiefer Fluktuation, welche zur Annahme einer Fraktur bezw. Trennung der 1. Rippe von ihrem Knorpel führte. Diese Anschwellung verschwand plötzlich nach einigen Tagen, Pat. hustete reichlich Eiter bei normaler Temperatur und man hörte in der Mitte der früheren Schwellung, an deren Stelle sich etwas Emphysem gebildet, in beiden Phasen der Respiration einen glucksenden Ton. Nach etwa 14 Tagen, als sich wieder Fieber eingestellt, legte man durch einen Schnitt im 2. Intercostalraum unter dem M. pector. maj. eine 1 Unze rahmigen Eiter haltende Abscesshöhle offen, deren Zusammenhang mit der Lunge, aber nicht mit dem Brustfellsack sich verfolgen liess. Man fand eine Komminutivfraktur der 1. Rippe in der Nähe ihres Knorpelansatzes und musste ein erbsengrosses loses Fragment entfernt werden. Nach einigen Zwischenfällen konnte Pat. 14 Tage nach der Operation in gutem Zustande entlassen werden.

In der Epikrise macht Verf. auf die Seltenheit der Fraktur einer einzelnen und speziell der ersten Rippe aufmerksam, unter Anführung einiger weniger, zum Teil nur Leichenbefunde darstellender ähnlicher Fälle aus der englischen Litteratur. Aber nur in einem von LANE berichteten Falle war, gleichwie im vorliegenden, die Fraktur Folge direkter Gewalteinwirkung. Das vom Verf. entfernte Knochenstück wies nach seiner ganzen Beschaffenheit — es war deutlich als ein herausgebrochener Teil einer Rippe zu erkennen — auf eine primäre Absprengung und nicht auf nachträgliche unvorsichtige Ablösung hin. Crepitation und Dislokation waren übrigens nicht darzuthun; die betreffende Untersuchung war ausserdem aus Furcht, die V. subclav. zu verletzen, nur in beschränktem Maasse möglich.

P. Güterbock.

H. Braun (Göttingen), Ueber die Lumbalpunktion und ihre Bedeutung für die Chirurgie. Arch. f. klin. Chir. LIV. (4.)

B. bespricht in sehr übersichtlicher Form die Technik, den diagnostischen und therapeutischen Wert der Lumbalpunktion. Er empfiehlt, die Hohlnadel zwischen dem III. und IV. Lendenwirbel einzustechen; der Dornfortsatz des III. Lendenwirbels liegt dicht über der Linie, welche die beiden höchsten Punkte der Cristae ilei verbindet; die Nadel wird median eingestochen, horizontal weitergeführt und event. etwas nach unten gesenkt. Bei Kyphoskoliotischen rät B. von der konvexen Seite aus einzustechen. Die Cerebrospinalflüssigkeit soll aus der Canüle ablaufen, aber sie darf nicht aspirirt werden.

Das Aussehen und die Bestandteile des Liquor wechseln mit den pathologisch-anatomischen Veränderungen. Bei der epidemischen Meningitis ist die Flüssigkeit meist trübe und enthält Diplococcen (JÄGER, FRÄNKEL etc.). Bei der Meningitis serosa ist die Flüssigkeit bakterienfrei, ebenso bei Tumoren, Hirnabscessen, Sinusthrombose, so lange keine entzündlichen Komplikationen von Seiten der Hirnhäute vorliegen. Bei tuberkulöser Meningitis sind in einem gewissen Prozentsatz der Fälle Tuberkelbacillen in der Flüssigkeit gefunden worden. Bei eitriger Meningitis hat B. 6mal einen

positiven Befund, 2mal einen negativen erhoben; in den 6 positiven Fällen fanden sich nicht immer Bakterien, aber doch stets eine Vermehrung der Leukocyten. Ein positiver Ausfall, d. h. der Befund von Bakterien oder Vermehrung der Leukocyten, ist nach B. beweisend für eine eitrige Meningitis; der Nachweis derselben contraindicirt die Operation z. B. des primären Hirnabscesses nicht ohne weiteres; die Contraindikation ist wesentlich von dem Allgemeinbefinden abhängig. — Hämorrhagische Flüssigkeit wird gefunden bei Schädelverletzungen mit grossen intraduralen Hämatomen, beim Durchbruch apoplektischer Herde in die Ventrikel, bei Blutergüssen ins Rückenmark u. s. w.

Ueber den therapeutischen Wert der Lumpalpunktion ist ein sicheres Urteil noch nicht zu fällen. Die Beobachtungen Jacoby's, der in 2 Fällen durch Blutaspiration aus dem Wirbelkanal schwere Lähmungen sich bessern und völlig verschwinden sah, fordern zu weiteren Versuchen in dieser Richtung auf.

Am Schlusse der Arbeit findet sich eine vollständige Litteraturangabe.

M. Borchardt.

O. Haab, Traumatische Macula-Erkrankung, bewirkt durch den elektrischen Strom. Zehender's klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XXXV. S. 213.

H. beobachtete bei einem 34jähr. Maschinisten, dessen beide Augen durch einen elektrischen Strom unbekannter Stärke und Spannung getroffen waren, und zwar das rechte mehr wie das linke, eine Herabsetzung der Sehschärfe des ersteren auf $^1/_6$. Nach 2 Monaten waren alle Erscheinungen verschwunden. Aeusserlich hatte das Auge nur eine ganz geringe Reizung der Bindehaut gezeigt; im Augenhintergrund fand sich eine zarte milchige Trübung über die Maculagegend ausgebreitet. In der Maculamitte war die Trübung etwas schwächer, so dass der Foveafleck nur schwach rötlich durchschimmerte. Längs des oberen Randes der Netzhautgrube fanden sich ziemlich viele weisslich gelbe Fleckchen von unregelmässiger Form. In der Mitte der Fovea waren zwei kleine solche Fleckchen, die wie zwei leuchtende Punkte aussahen, vorhanden. An den Netzhautgefässen und an der Papille war nichts Abnormes wahrnehmbar. Blutungen waren nirgends zu finden.

Horstmann.

Zeroni, Ueber Cholesteatome in einem Ohrpolypen. Arch. f. Ohrenheilk. XLII. S. 188.

Im Anschluss an eine Mitteilung über Cholesteatombildung in einem Ohrpolypen (die Einzelheiten s. i. Orig.) erörtert Z. die Frage, in welcher Beziehung dieselbe zum Cholesteatom des Mittelohrs, speziell zur Bildung der sogenannten „primären Cholesteatome" stehe. Er denkt sich den Vorgang in folgender Weise: Es entsteht eine eitrige Mittelohrentzündung und das Trommelfell wird perforirt. Das Plattenepithel wandert vom äusseren Gehörgang her durch die Perforation in die Paukenhöhle und in dem nun folgenden hypertrophischen Stadium wird ein solcher Epithelzapfen in die Tiefe versenkt und verhornt hier central. Nun kann alles wieder zurückgehen, die Entzündung heilt, das oberflächlich liegende Plattenepithel kann wieder von normalem Cylinderepithel verdrängt werden, nur die Epithel-

höhle in der Tiefe muss, wenn auch langsam, weiter wachsen. Deshalb finde man auch bei vielen sogenannten „primären Cholesteatomen" eine Narbe im Trommelfell erwähnt. Für die Fälle von Cholesteatom des Felsenbeins bei intaktem Trommelfell reicht allerdings diese Erklärung nicht aus.

Schwabach.

Rosenberg, Die Behandlung der Strumen mittelst parenchymatöser Injektionen. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 13.

Verf. empfiehlt die schon früher angewandten und neuerdings wieder von Garré benutzten Injektionen von Jodoform (J. 1,0, Aether, Ol. Olv. ana 7,0). Da die unmittelbaren Folgeerscheinungen nicht sehr erheblich und die Wirkung manchmal so schnell eintritt, dass schon nach 3—4 Einspritzungen die durch Trachealkompression bedingten Atembeschwerden aufhören, so ist diese Methode bei parenchymatösen Kröpfen um so eher zu empfehlen, als die Thyreoidinbehandlung nach Bruns nur in 8 pCt. eine vollständige Rückbildung herbeiführt, während in 75 pCt. nach Aussetzen des Mittels der Kropf wieder zunimmt.

(Ref. hat diese Methode gleichfalls recht bewährt und unschädlich gefunden, gegenüber der Gefährlichkeit der Jodinjektionen, die schon zahlreiche Todesfälle herbeigeführt hat.) W. Lublinski.

Fischl, Ueber den Einfluss der Abkühlung auf die Disposition zur Infektion. Zeitschr. f. Heilkde. XVIII. (4.) S. 321.

F. hat Kaninchen auf einen eisernen Rahmen gebunden, so dass sie sich nicht bewegen konnten, und diese Tiere in einen Blechkasten, mit schmelzendem Eis umgeben, gelegt. Auf diese Weise konnte er leicht die Rectaltemperatur um 10° C. herabsetzen, welche Abkühlung die Tiere sehr gut vertrugen. Die abgekühlten Tiere wurden mit dem Diplococcus pneumoniae injicirt. F. benutzte diesen Mikroorganismus, weil Kaninchen für ihn sehr empfänglich sind, weil seine Virulenz sehr schwankend ist und er sehr mannigfaltige Krankheitserscheinungen hervorzurufen vermag. Die subkutan, intrapleural oder intravenös mit Pneumococcen injicirten Tiere zeigen stets mässiges Fieber und verminderte Fresslust und im Blute lassen sich die Mikroorganismen nachweisen. Sind jedoch die injicirten Pneumococcen nicht sehr virulent, so schwinden sie bald wieder aus dem Blute, das Fieber hört auf und die Tiere genesen. Gehen die Tiere zu Grunde, so findet sich manchmal ein Milztumor, manchmal ein spärliches pleuritisches, peritonitisches, sehr häufig ein pericardiales Exsudat. F. fand nun, dass die abgekühlten Tiere viel empfänglicher waren, als normale. War die Virulenz der Bakterien sehr gering, so überstanden abgekühlte und normale Tiere die Infektion ohne Reaktion, bei etwas virulenteren Kulturen erkrankten die abgekühlten Tiere, erholten sich aber wieder, während die Kontrolltiere ganz gesund blieben. Waren die Kulturen noch stärker virulent, so ging das abgekühlte Tier an Pneumococcenseptikämie ein, während das Kontrolltier nicht einmal erkrankte, oder sich doch bald wieder erholte, oder aber das abgekühlte Tier starb erheblich früher als das Kontrolltier. Es besteht demnach ein deutlicher Einfluss der Abkühlung au

den Verlauf der Infektion, derart, dass die abgekühlten Tiere der Infektion leichter erliegen.

F. untersuchte genauer das Blut abgekühlter und normaler Tiere. Zunächst konnte er feststellen, dass die baktericide Kraft im Blute abgekühlter Tiere nicht vermindert sei. Sodann nahm er Zählungen der Leukocyten vor. Durch die Abkühlung allein wurde die Zahl der Leukocyten nicht verändert. Zählte er aber bei abgekühlten und Kontrolltieren vor der Infektion und an den der Infektion folgenden Tagen, so fand er, dass bei 10 abgekühlten Tieren keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen eintrat; alle 10 Tiere gingen auch an der Infektion zu Grunde, bei einem trat Leukocytose auf, das Tier blieb am Leben. Von den Kontrolltieren trat dagegen 2mal keine Lenkocytose auf, das Tier war auch gar nicht erkrankt, ebenso war bei ganz leichter Erkrankung von kurzer Dauer keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen zu konstatiren; war die Infektion stärker, so trat Leukocytose auf, und dann genasen die Tiere, einmal trat keine Leukocytose auf, das Tier ging ein. Die Vermehrung der weissen Blutkörperchen wurde meist bereits 24 Stunden nach der Infektion konstatirt, mit dem Rückgange der Leukocytose schwanden meist gleichzeitig die Bakterien aus dem Blute. H. Bischoff.

G. Epifanow, Ueber den Einfluss subkutaner Injektionen von Spermin und Moschus auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes bei gesunden und kranken Menschen. Petersb. med. Wochenschrift 1896, No. 43.

Die Versuche wurden, ausser bei Gesunden, einerseits bei denjenigen Kranken unternommen, in denen das Blut arm an Leukocyten ist, indem es von den blutbildenden Organen ungenügend versorgt wird, z. B. beim Abdominaltyphus, andererseits bei denjenigen, die im Gegenteil eine verstärkte Zufuhr von Leukocyten aufweisen, wie z. B. bei der croupösen Pneumonie. Benutzt wurde eine 2proc. sterilisirte Lösung von Sperminum Poehl in physiologischer Kochsalzlösung, wovon dem Kranken 1 ccm unter die Haut gespritzt wurde, bezw. Tinctura Moschi. Die Resultate sind folgende: Weder bei Gesunden, noch bei Typhus- oder Pneumoniekranken zeigte sich ein Einfluss auf den Hämoglobingehalt; auch die Zahl der roten Blutkörperchen wird nur wenig beeinflusst.

Anders verhält es sich mit den weissen Blutkörperchen: Bei Gesunden tritt zunächst eine Verminderung, dann aber eine Vermehrung auf, die am stärksten 3 bis 5 Stunden nach der Injektion ist; hauptsächlich sind hierbei die neutrophilen mehrkernigen Zellen beteiligt. Beim Typhus war im floriden Stadium die Veränderung nur unbedeutend, in späteren Perioden ist das Verhältnis annähernd dasselbe wie beim Gesunden; in schweren Fällen, die tödlich endeten, wurde die ohnehin geringe Zahl der Lenkocyten noch mehr herabgesetzt.

Was endlich die Veränderungen bei croupöser Pneumonie betrifft, so waren dieselben einige oder einen Tag vor der Krisis geringer, als bei Gesunden; wurden dagegen die Injektionen kurz vor der Krisis vorgenommen,

Digitized by Google

so ergab sich konstant eine Verminderung der Gesammtzahl der Leukocyten, und zwar infolge Verminderung der Neutrophilen. K. Kronthal.

O. Katz, Beiträge zur Lehre von der diphtherischen Lähmung. Arch. f. Kinderheilk. XXIII. S. 68.

Verfasser berichtet über drei Fälle von diphtherischer Lähmung, die vorwiegend in Bezug auf die anatomischen Veränderungen von ihm untersucht sind. Diese Veränderungen waren in erster Linie Erkrankungen der Ganglienzellen und dann weiterhin in den von den Ganglienzellen trophisch abhängigen Nervenfasern, degenerative Zustände. Die Ganglienzellen werden in zweierlei Weise betroffen: die höher entwickelte Form ist die Nekrose; mit der Zelle fällt der Axencylinderfortsatz und die dazugehörige Faser dem Tode anheim. Die zweite, minder heftige Erkrankungsform zieht sich kund durch das Auftreten von Fettkörnchenzellen in den Ganglienzellen, in der von ihr abhängigen Faser durch Zerklüftung, Zerfall; letztere können noch kenntlich sein, wenn bereits in der Ganglienzelle eine Restitutio ad integrum stattgefunden hat. — Die Medulla oblongata ist im Allgemeinen schwerer und wohl auch frühzeitiger ergriffen, als das Rückenmark. Dass das Rückenmark häufiger, auch in leichten Fällen mitbeteiligt ist, lehrt das häufige Fehlen des Patellarreflexes. In allen 3 Fällen des Verf.'s fanden sich schwere Veränderungen der hinteren Wurzeln gerade in der Patellarreflexzone, doch hält Verf. es für zweifelhaft, ob dieselben für das Fehlen des Reflexes verantwortlich zu machen sind. Dagegen hält er es für wahrscheinlich, dass der unerträgliche Schmerz im Leibe, über den bei schweren diphtherischen Lähmungen oft geklagt wird, in Zusammenhang mit diesen hinteren Wurzelerkrankungen zu bringen ist. Die krankhaften Erscheinungen im Bewegungsapparate des Auges fanden ihre anatomische Erklärung in Erkrankungen des Oculomotorius, Trochlearis und Abducens. Die Störungen in der Bewegung des Gaumens fasst Vf., ebenso wie Déjerine, als centrale auf. — Neben diesen Veränderungen spielen beim Zustandekommen der Lähmungen noch Veränderungen im Muskel selbst, so im Zwerchfell und den Gaumenmuskeln, eine unterstützende Rolle. Die wesentlichsten Veränderungen im Rückenmark finden sich in der Lendengegend und in der Halsanschwellung. Die Noxe, welche diese Veränderungen hervorruft, ist nach Verf.'s Auffassung dieselbe, welche die Epithelien der Nieren, die Zellen des Herzens etc. angreift, — das Diphtheriegift. Nicht das Eindringen des Toxins in die Ganglienzelle ruft die Störung in der Thätigkeit der Zelle hervor, diese tritt vielmehr erst in Erscheinung, wenn in der Zelle konsekutive Veränderungen (Verfettung, Nekrose etc.) eingetreten sind. Stadthagen.

H. Leo, Ueber die therapeutische Anwendung von diastatischen Fermenten. Therap. Monatsh. 1896, No. 12.

In Fällen, wo, wie in den ersten Lebensmonaten, die Ptyalinsekretion nur sehr geringfügig ist, oder wo bei Hyperacidität des Magensaftes die Ptyalinwirkung mehr oder weniger gehemmt wird, oder wo endlich eine ungenügende Speichelsekretion besteht, wie etwa im Verlauf von fieber-

Digitized by Google

haften Erkrankungen, wird man in die Lage kommen können, ein diastatisches Ferment zu verwenden, welches durch die Salzsäure weniger stark beeinflusst wird, wie dies bei dem Ptyalin der Fall ist.

Ein solches Ferment ist die in neuerer Zeit in Amerika fabrikmässig hergestellte Taka-Diastase. Letztere wird aus dem Aspergillus Oryzae, einer Pilzart, gewonnen, welche bei den Japanern zur Reisweinfabrikation benutzt wird. L. hat mit dieser Diastase Versuche angestellt und dabei gefunden, dass dieselbe in der That in mancherlei Fällen Anwendung verdient. So bei Kindern in den ersten Lebensmonaten, wenn beim Bestehen von Durchfällen stärkemehlhaltige Kost verabreicht werden soll. Ferner bei abnormer Trockenheit der Mundhöhle im Fieber, bei Diabetes, bei Schrumpfniere, nach starken Durchfällen u. s. w. Da aber die Wirkung der Taka-Diastase im Magen noch eine Zeit lang zur Geltung kommen kommen kann, weil dieselbe auch noch bei 0,05 pCt. HCl wirkungsvoll bleibt, so kann man das genannte Ferment auch bei gewissen Erkrankungen des Magens mit Vorteil geben, und zwar in erster Linie bei denjenigen, welche mit abnormer Säureproduktion einhergehen, so bei der reinen und der mit einem Magengeschwür complicirten Hyperacidität. Oft, wenn auch nicht in allen Fällen, wurde bei der Anwendung der Taka-Diastase eine auffällige Wirkung auf den Stuhlgang beobachtet, indem die bei Hyperacidität so häufig vorkommende Obstipation gehoben wurde und einer normalen regelmässigen Defäkation wich. Das Ferment besitzt endlich einen nur wenig hervorstechenden Geschmack und wird am zweckmässigsten in Pulver von 1—3 dg gegeben. Es ist sehr hygroskopisch und muss deshalb sorgfältig trocken aufbewahrt werden. Vor dem Gebrauche wird das Pulver in Wasser aufgelöst und sodann während einer Mahlzeit genommen. C. Rosenthal.

F. Steiner, Eine bisher kaum beachtete Komplikation des akuten Gelenkrheumatismus. D. Arch. f. klin. Med. LVIII. (2/3.)

Verf. hat im Verlaufe des akuten Gelenkrheumatismus häufig eine Mitbeteiligung peripherer Nerven zu konstatiren vermocht. Er teilt seine Fälle in 2 Gruppen. In der ersten Gruppe verläuft die Nervenaffektion parallel mit der Gelenkaffektion, so zwar, dass sich teils beido gleichzeitig nur auf dieselben Extremitäten erstrocken, teils daneben die eine oder die andere Affektion auf eine oder mehrere andere Extremitäten, die von der jeweilig zweiten Affektion frei sind; in einigen wenigen Fällen zeigten sich andere Gelenke und andere Nerven erkrankt. In der zweiten Gruppe sind die Gelenke nicht goschwollen, nur schmerzhaft und im Vordergrunde steht allein die Nervenaffektion, die sich unter Umständen mit Komplikationen (Endocarditis, Purpura) verbindet, die sonst bei Gelenkrheumatismus sich finden.

Das in Rede stehende Nervenleiden äussert sich in spontaner und hochgradiger Druckschmerzhaftigkeit von Nervenstämmen und Nervengeflechten, die Verf. als auf Perineuritis beruhend vermutet (elektrische Untersuchungen und pathologisch-anatomische Befunde liegen nicht vor). Er ist der Ansicht, dass die beiden gemeinsam auftretenden Phänomene ein und derselben, noch unbekannten rheumatischen Noxe ihre Entstehung

Digitized by Google

verdanken. — Therapeutisch empfiehlt Verf. für solche complicirten Fälle die Kombination von Salicylpräparaten mit Jodkalium in folgender Form: Natr. salicyl. 5, Kalii jod. 1—2, Aq. dest. 200, MDS tagsüber zu nehmen.

Perl.

G. Sticker, Ueber Versuche einer objektiven Darstellung von Sensibilitätsstörungen. Wien. klin. Rundschau 1897, No. 30/31.

Sich stützend auf Versuche und Versuchseinrichtungen Tarchanoff's, welcher schon vor Jahren durch die Beobachtung galvanischer Hautströme eine Teilnahme der Hautdrüsen an fast allen Vorgängen der Nerven- und Seelenthätigkeit des Menschen nachgewiesen hatte, untersuchte Verf. (über die Einrichtung der Experimente vgl. d. Orig.) an Gesunden und Kranken zunächst den Ruhestrom und seine Veränderungen in Bezug auf Richtung und Quantität nach Reizung von Hautstellen oder Sinnesorganen. Der Ruhestrom geht im Allgemeinen von der schweissdrüsenreicheren Stelle zu der drüsenärmeren und erleidet bei Reizung einer Hautstelle nach einer Latenzzeit von 2—4 Sekunden eine negative Vorschwankung und eine positive Hauptschwankung des Erregungsstromes.

Nach im Orig. nachzulesenden Ueberlegungen kommt St. zu dem Resultat, dass die Thätigkeit der Hautgefässe eine nicht geringe Bedeutung für das Zustandekommen der Hautströme habe. — Weitere Untersuchungen ergaben nun aber das sehr überraschende Resultat, dass von vollständig anästhetischen und analgischen Hautstellen aus sich der Erregungsstrom in entfernten Hautpartien ebenso gut hervorrufen liess, wie von irgend einer Hautstelle mit normaler Empfindlichkeit. Da es sich also zeigte, dass der Erregungsstrom ein complicirtes Phänomen ist, bei dem sich Sinnesreizung und Sekretionsstrom mit lokaler Capillarreizung und allgemeiner Capillarkreislaufserregung gegenseitig beeinflussen, so muss darin der Grund gefunden werden, warum das galvanische Hautphänomen für die objektive Ergründung von Sensibilitätsstörungen zunächst nicht verwertbar ist. Neben diesem vorläufig leider negativen Resultat ergab sich, dass die Entstehung des galvanischen Hautphänomens unter dem Einfluss erregender Seeleneindrücke der willkürlichen Beherrschung entzogen ist und zuverlässig zur gemütsbewegenden Wirkung von Worten und Bildern verwendet werden kann. Die Bedeutung dieser Thatsache für die gerichtliche Medizin ist klar.

Bernhardt.

H. Köster, Ein Fall von Tetanie mit eigentümlichem Sektionsbefund. D. Zeitschr. für Nervenhlk. 1896. IX. (3/4.)

Bei einem 21jähr. Bäcker, dessen Mutter und Schwester zu Krampfanfällen neigten, traten seit einem halben Jahre, besonders in der Kälte, schmerzhafte Zusammenziehungen der Muskeln auf; ohne Symmetrie waren die Augenmuskeln, die Muskeln der Arme, des Rumpfes, Bauches, der Beine betroffen; auch bestanden Schwierigkeiten beim Schlucken und Retentio urinae. Der Krampf war bald clonisch, bald mehr tonisch-clonisch, die Handstellung war nicht typisch für die Tetanie; doch waren das Trousseau'sche und das Erb'sche Symptom vorhanden und die mechanische

Digitized by Google

Muskelerregbarkeit gesteigert. Der Krampf war intermittirend und trat fast gleichzeitig in allen 4 Extremitäten auf, und zwar an den Streckern und Beugern, wenn auch an den letzteren mehr. Bei der Sektion fanden sich Blutungen in die Rückenmarkshäute und Wurzeln, an der Vorderseite des oberen Teiles der Cauda equina und in der Höhe der 2. bis 5. Halswurzeln; auch fanden sich Blutungen in die Nervenscheide des rechten N. ischiadicus. Nerven und Rückenmarksubstanz waren makroskopisch und mikroskopisch unversehrt. Die Blutungen waren frischer Natur und können kaum zur Erklärung der Krankheitserscheinungen verwertet werden. Ausserdem wurde eine chronische Nephritis festgestellt, deren Vorkommen bei Tetanie durchaus nicht so häufig zu sein scheint, wie früher behauptet wurde. — Andere Befunde an dem Nervensystem bei Tetanie liegen spärlich vor und dürften ebensowenig wie diese hier die Krankheit und ihren Sitz charakterisiren. S. Kalischer.

L. Dana, On a method of relieving tic douloureux. The post-gradnate. Neurol. Reports. 1896, July.

D. empfiehlt eine eigenartige Methode zur Behandlung der Trigeminusneuralgie. Dieselbe besteht erstens in der subkutanen Injektion grosser Strychnindosen, ferner in der Anwendung von Stimulantia und Tonica, und zwar von Jodkalium und Eisen. Die letztere Therapie wird 6 Wochen nach dem Beginn der Behandlung und nach Beendigung der Strychninkur angewandt. Während der ganzen Zeit sind Bettruhe, leichte Diät und Diuretica wesentliche Heilfaktoren. In schweren Fällen muss diese ganze Kur noch einmal wiederholt werden. In sechs Fällen hatte Verfasser gute und fast dauernde Erfolge, nachdem andere Mittel und Kuren erfolglos geblieben waren. S. Kalischer.

J. Dejerine et Sottas, Sur un cas de dégénérescence rétrograde des fibres pyramidales de la moëlle dans les cordons antérieurs et latéraux. Arch. de physiol. 1896, Janvier.

Der Patient acquirirte mit 30 Jahren Syphilis, es folgten sekundäre Erscheinungen, 4 Jahre später vorübergehende Schwäche in den Beinen. im Jahre darauf eine ebenfalls vorübergehende Paraplegie (das rechte Bein war mehr beteiligt, es bestand Urinverhaltung). Im Laufe der folgenden zwei Jahre verschlimmerte sich der Zustand, dann blieb er stationär. Im Alter von 62 Jahren war der Status folgendermassen: Spastische Paraplegie der Beine, rechts mehr als links, Sensibilität intakt, Sphincteren gestört, Muskelatrophie im rechten Bein, im 66. Jahre kam es zu einer Verschlimmerung, Pat. wurde bettlägerig, magerte ab, es kam zu Störungen der Sensibilität, Parese der Sphincteren, Decubitus und Cystitis und der Kranke ging im 67. Jahre (32 Jahre nach Beginn des Leidens) zu Grunde. Bei der Sektion fand sich eine Myelitis transversa in der mittleren Dorsalregion (5.—9. Segment) mit Erweichung und Sklerosirung. Ausser den bekannten auf- und absteigenden Degenerationen fand sich aber noch eine aufsteigende Degeneration der Pyramidenvorder- und Seitenstränge.

M. Brasch.

Digitized by Google

L. Bardach, Ueber Quellsalzseifen und die Anwendung derselben bei Hautkrankheiten. Dermatol. Zeitschr. S.-A.

Die auf des Vf.'s Veranlassung hergestellten Seifen bestehen der Hauptsache nach aus einer Mischung von neutraler Natronseife mit einer concentrirten Salzlösung des Kreuznacher Soolwassers. Sie zeichnen sich besonders durch ihren hohen Gehalt an Jod- und Bromverbindungen aus und besitzen, wovon sich B. durch besondere Versuche überzeugte, auch eine gewisse bakterientötende Kraft. Zur Verwendung kommen: 1. Eine Jod-Brom-Sodaseife, die ausser den übrigen Quellsalzen 1,3 pCt. Jodnatrium enthält und sich für die Fälle eignet, wo eine oberflächliche Einwirkung gewünscht wird; 2. Jod-Brom-Schwefelseife mit einem Zusatz von 3 pCt. Schwefelmilch; sie wird mit Nutzen bei Sehorrhoe, Prurigo, Acne, Rosacea, Lichen und parasitären Hautkrankheiten gebraucht; 3. verstärkte Jod-Brom-Sodaseife von doppelt so hohem Jod- und stärkerem Alkaligehalt als N 1 findet namentlich bei inveterirten Eczemen, Psoriasis, Ichthyosis, überhaupt bei allen Keratosen Verwendung; 4. Jod-Brom-Theerseife mit 3 pCt. Oleum cadinum erwies sich besonders bei Pruritus und chronischem Eczem von Vorteil.

Endlich wird auch, hauptsächlich für behaarte Körperstellen, eine flüssige Jod-Brom-Glycerinseife hergestellt, die eine schwach alkalische Kaliseife zur Grundlage hat und 1 pCt. Jodnatrium enthält. H. Müller.

Harttung, Zur Technik der Lungenembolieen bei Hydrargyrumparaffin-Injektionen. Arch. f. Dermat. u. Syph. XL. S. 91.

Das von Lesser zur Verhütung zufälliger Injektionen in eine Vene und der daraus resultirenden Lungenembolieen angegebene Verfahren, nach dem Einstechen der Nadel die Spritze zunächst wieder abzunehmen und abzuwarten, ob Blut aus der Canüle fliesst, gewährt nach des Verf.'s Versuchen keinen sichern Schutz gegen jene üblen Vorkommnisse, weil, auch wenn sich die Spitze der Nadel im Lumen einer Vene befindet, der Blutdruck nicht stark genug ist, um immer Blut durch die enge Canüle auszutreiben. Die Methode scheint ihm im Gegenteil in ungeübter Hand noch die Gefahr der Luftembolie beim Abnehmen und Wiederaufsetzen der Spitze zu vergrössern.

Uebrigens hat Harttung unter 8000 Injektionen nur 5mal Embolien entstehen sehen, die ganz harmlos verliefen. H. Müller.

H. Adolphi, Ueber die kombinirte Untersuchung nach Thure Brandt-Dührssen. Petersb. med. Wochenschr. 1896, No. 43.

Die Schwierigkeiten der himanuellen gynäkologischen Untersuchung nach den meist üblichen Methoden beruhen im Wesentlichen auf einer nicht genügenden Erschlaffung der Bauchmuskulatur der Patientin. Zur Erhebung eines genauen Befundes muss daher sehr oft die Chloroformnarkose zu Hülfe genommen werden. Dieser Uebelstand lässt sich vermeiden, wenn man die Untersuchung nach der von Dührssen modificirten Thure Brandt'schen Methode vornimmt.

Digitized by Google

Man benutzt eine 150 cm lange Couchette, deren Oberfläche in drei gleiche Teile geteilt ist. Das Mittelstück ist fest, Kopf und Fussende sind verstellbar. Die Patientin liegt mit dem Becken auf dem Mittelstück möglichst nahe dem linken Rande, nachdem sie die Kleider in der Taille gelockert und das Korsett geöffnet hat; ihre Beine stützen sich auf das erhobene Fussende, während der Kopf auf dem gleichfalls erhobenen Kopfende ruht. Der Arzt sitzt links von der Patientin auf einem Sessel, der ebenso hoch ist, wie die Couchette (50 cm) und führt 2 Finger der linken Hand unter dem linken Schenkel der Patientin hinweg in die Vagina. Seine rechte Hand legt sich, womöglich unter dem Hemd, auf die Bauchdecken der Frau.

Die Vorzüge dieser Untersuchungsmethode sind im Orig. nachzulesen.

A. Martin.

G. Engel, Einfluss der Influenza auf den weiblichen Organismus. Wiener med. Presse 1896, No. 43.

Verf. beobachtete im März laufenden Jahres eine Influenza-Epidemie. Bei Frauen kamen besonders febrile und nervöse Symptome zur Erscheinung. Die Menstruation war stärker. Akute und chronische Gebärmutterkatarrhe erlitten eine Verschlimmerung. A. Martin.

O. Schäffer, Die Bekämpfung der post partum- und parenchymatösen Höhlenblutungen mittelst nicht drainirender, imprägnirter Gaze. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 40.

Da bei atonischen Uterusblutungen die Jodoformgazetamponade, wie sie durch Dührssen wieder in die Therapie eingeführt ist, nicht in allen Fällen zur Stillung der Blutung ausreicht (Durchsickern des Blutes durch die Gaze infolge von Capillardrainage), so benutzte Sch. zur Tamponade mit Guttapercha imprägnirte Gaze. Diese nimmt weder Blut auf, noch lässt sie dasselbe durchsickern. Als weitere Vorzüge giebt Sch. an, dass sie weich und sterilisirbar bleibt, ferner mit Antisepticis und Ferripyrin (als Stypticum) imprägnirt werden kann. Man polstert zunächst die blutende Höhle mit einer mehrfachen Lage gewöhnlicher antiseptischer Gaze aus und führt dann imprägnirte Gaze ein. In die Scheide soll man Knäuel entfetteter Mullstreifen oder Wattekugeln legen.

Verwendbar ist die imprägnirte Gaze auch zur Tamponade bei Placenta praevia und zur Erhaltung des Fruchtwassers bei vorzeitigem Blasensprung und noch nicht fest genug eingestelltem vorliegenden Teile.

Sch. weist am Schlusse der Arbeit noch hin auf die Verwertbarkeit der imprägnirten Gaze bei Einleitung künstlicher Aborte und Frühgeburten. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **13. November.** **No. 46.**

Inhalt: Spiro und Ellinger, Einfluss des Peptons auf die Blutgerinnung. — Mosse, Einfluss von Arzneimitteln auf die Aetherschwefelsäure des Harns. — Reinitzer, Ueber die Cytase und Diastase. — Schiff, Wirkung der Hypophysis und Thyreoidea auf den Stoffwechsel. — Riegler, Bestimmung der Harnsäure. — Garrod, Nachweis des Hämatoporphyrins im Harn. — Schwalbe, Carcinom in einer tuberkulösen Caverne. — Küster, Zur Behandlung der Osteomyelitis. — Janson, Streptococcenkulturen gegen Tuberkulose. — Rindfleisch, Ueber Arthritis gonorrhoica. — Mathes, Ueber die Implantation der Ureteren in den Darm. — Hähnle, Zur Kenntnis der Retinitis albuminurica. — Manasse, Zur Kenntnis der menschlichen Labyrinthkapsel. — Koschier, Ueber den Prolaps der Sinus Morgagni. — Kraus, Ueber Agglutination bei pathogenen Kulturen. — Brieger und Kempner, Zur Lehre von der Fleischvergiftung. — Marshall, Die wirksame Substanz von Cannabis indica. — Trumpp, Ueber Colicystitis. — Teschemacher, Zur Behandlung des Diabetes mellitus. — Plugge, Cytisin als Heilmittel. — Bergonié, Galvanische Behandlung des Gesichtsschmerzes. — Pick, Ueber Hemianopsie bei Urämie. — Féré, Einfluss der Kinderlähmung auf das Knochenwachstum. — Zawarikki und Bregmann, Ueber Endocarditis gonorrhoica. — Keen, Exstirpation des Ganglion Gasseri. — Pfeiffer, Spezifische Hauterkrankung bei Pseudoleukämie. — Clifton, Zur Behandlung der Eclampsie. — Van de Velde, Ueber Schwangerschafts-Autointoxikation. — Duncan, Ueber Beckenentzündungen bei Frauen. — Pinard, Ueber Kaiserschnitt und Totalexstirpation.

K. Spiro und A. Ellinger, Der Antagonismus gerinnungsbefördernder und gerinnungshemmender Stoffe im Blute und die sogenannte Pepton-Immunität. Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S 121.

Das Blut von Tieren, welchen man Peptonlösung (Albumose) oder Blutegelextrakt in die Venen gebracht hat, gerinnt nach der Entfernung aus dem Körper nicht. Peptonplasma gerinnt auf Einleiten von Kohlensäure, Blutegelextrakt-Plasma nicht. Beide gerinnen auf Zusatz einer ausreichenden Menge von Fibrinferment. Diese Thatsachen bilden den Ausgangspunkt für die Untersuchungen der Vff.

I. Der Antagonismus von gerinnungsbefördernden und -hemmenden Substanzen. Aus Versuchen ausserhalb des Körpers, in welchen der Zusatz von eingedampftem alkoholischem Auszug von Leukocyten sowohl Peptonplasma, als auch Blutegelextrakt-Plasma zur Gerinnung brachte, schliessen Verff., dass die Wirkung des Peptons resp. des Blutegelextrakts

im Körper darauf beruht, dass sich unter ihrem Einfluss gerinnungshemmende Substanzen bilden. Bei Versuchen an lebenden Tieren zeigt sich, dass diese Hemmungswirkung durch vorangehende, gleichzeitige oder nachfolgende Injektion von sehr verdünnter Salzsäure (Normalsalzsäure), Arabinsäure oder Antipepton aufgehoben wurde, d. h. das Blut in normaler Weise gerann. Die Wirkung der Salzsäure wurde auch durch eine kurz darauf folgende Injektion einer äquivalenten Quantität Sodalösung nicht aufgehoben. Reines Antipepton wirkte sowohl in wässeriger, wie in alkalischer Lösung. Versuche mit älteren Präparaten waren durch die gleichzeitig vorhandene Albumose in ihren Resultaten getrübt.

II. Die Pepton-Immunität. An der Bildung des Hemmungskörpers ist nach zahlreichen Arbeiten, namentlich französischer Autoren, die Leber vorwiegend beteiligt. Die Vff. haben sich von der Richtigkeit dieser Anschauung durch Leberexstirpationsversuche an Gänsen überzeugt, welche später veröffentlicht werden sollen. Die weiteren Versuche der Verff. beziehen sich auf die Frage der sogenannten Pepton-Immunität, d. h. auf die Aufklärung der Erscheinung, dass bei einem Tier, bei welchem die Wirkung der Peptoninjektion abgelaufen ist, das Blut wieder gerinnbar geworden ist, bei einem solchen Tier eine erneute Peptoninjektion keinen Effekt hat, das Blut also seine Gerinnbarkeit nicht einbüsst. Ueber die Ursache bestehen zwei Ansichten: 1. Die Fähigkeit des Organismus zur Bildung der Hemmungskörper ist eine beschränkte, sie erschöpft sich, so dass die zweite Injektion keinen Effekt hat. 2. Gleichzeitig mit dem Hemmungskörper bildet sich ein Antagonist in ähnlicher Weise, wie nach Einführung von Toxinen ein Antitoxin entsteht, welches die erworbene Immunität bewirkt. Die Verff. entscheiden sich nach eingehenden Versuchen, betreffs deren auf das Orig. verwiesen werden muss, für die letztere Alternative, hauptsächlich deshalb, weil nach der zweiten Pepton-Injektion, welche bezüglich des Blutes wirkungslos ist, Hemmungskörper in der Lymphe nachzuweisen sind, der Organismus also keineswegs „erschöpft" ist.

Die Verff. weisen auf die vollkommenen Analogieen der Albumosen zu der Wirkung der Bakteriengifte und der unter ihrem Einfluss entstehenden Immunität hin. Was die Entstehung des Antitoxins betrifft, so neigen sich die Verff. der Ansicht zu, dass dasselbe nicht aus dem Hemmungskörper, sondern neben demselben entsteht. E. Salkowski.

M. Mosse, Die Aetherschwefelsäuren im Harn unter dem Einfluss einiger Arzneimittel. Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S. 160.

Von dem Gesichtspunkt aus, dass die Aetherschwefelsäuren einen Massstab für die Intensität der Fäulnisvorgänge im Darmkanal darstellen, hat Verf. den Einfluss verschiedener Arzneimittel auf dieselbe untersucht. Dabei wurde nur auf 24stündige absolute Menge Gewicht gelegt, nicht auf ihr Verhältnis zur präformirten. Die Adstringentien — Dermatol, Tannigen, Tanalbin — bewirkten keine Abnahme der Aetherschwefelsäure, das letzte sogar eine Zunahme. Milchsaures Silber (Actol) bewirkte in Quantitäten von 1—2 g pro Tag gegeben, bei einem Hund trotz Obstipation eine sehr starke Abnahme der Aetherschwefelsäure, der Versuch musste wegen einer

Verletzung der Blasenschleimhaut abgebrochen werden; bei einem Menschen gelang der Versnch nicht wegen starker, trotz Opiumgebrauch anhaltender Diarrhoen. Da die Silbersalze sich im Magen in Silberalbuminat und Chlorsilber umwandeln, so erschienen Versuche mit Silberalbuminat, dessen antiseptische Wirkung in der Form des Argonin bekannt ist und mit Chlorsilber angezeigt. Auch das letztere erwies sich nach Versuchen von Kern in Plattenkulturen antiseptisch. Dennoch konnte bei Hunden durch Verabreichung von Chlorsilber und Argonin eine Herabsetzung der Aetherschwefelsäure nicht erzielt werden. Auch Alkohol, dessen desinficirende Wirkung Ahlfeld hervorgehoben hat, zeigte sich nach einem Versuche am Menschen ohne Einfluss anf die Aetherschwefelsäure.

E. Salkowski.

F. Reinitzer, Ueber das zellwandlösende Enzym der Gerste. Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S. 175.

Brown und Morris haben gezeigt, dass bei der Keimung der Gerste die Zellwände des stärkeführenden Teils des Endosperms völlig oder bis auf geringe Spuren gelöst werden, ehe die Stärkekörner von der Diastase angegriffen werden. B. nnd M. sehen hieriu die Wirkung eines besonderen, von der Diastase verschiedenen Enzyms, welchem sie den Namen Cytase oder cytohydrolytisches Enzym gegeben haben. Die Cytase soll durch Erhitzen auf 60° zerstört werden, während die Diastase erhalten bleibt und bei der Keimung aller Gräser auftreten.

Da die Arbeit des Verf.'s von mehr botanischem Interesse ist, so mag als Resultat derselben hier nur angeführt werden, dass nach den Untersuchungen des Vf.'s eiue Cytase iu der Gerste nicht existirt, die Auflösung vielmehr von der Einwirkung der Diastase selbst auf die leicht hydrolysirbaren Hemicellulose abhängt, aus welcher die Zellwände des Mehlkörpers der Gerste, sowie die Mittellamelle im Parenchym der Kartoffelknollen und Möhren u. s. w. besteht. — Es giebt jedoch auch andere Hemicellulosen, welche von Diastase nicht angegriffen werden. Diejenigen Samen, in denen diese Hemicellulosen in Form von Wandverdickuugen als Vorratsstoffe abgelagert sind, erzeugen bei der Keimung zu deren Anflösung wahrscheinlich ein besonderes, von der Malzdiastase verschiedenes Enzym, welches als Cytase bezeichnet werden könnte. E. Salkowski.

A. Schiff, Hypophysis und Thyreoidea in ihrer Einwirkung auf den menschlichen Organismns. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 12.

Verf. hat in fünf Versuchsreihen den Stoffwechsel, und zwar die Gesammtstickstoffansscheidung dnrch den Harn und die Phosphorsäure-Ausscheidung durch Harn und Fäces untersucht, zunächst ohne weitere Beeinflussung, anschliessend daran unter Fütterung mit Hypophysis-, Jodothyrin- und Schilddrüsentabletten.

Die erste Person litt an Akromegalie, auf deren Zusammenhang mit der Hypophysis von Marie zuerst hingewiesen worden ist. Die Stickstoffausscheidung wurde bei ihr durch die Hypophysistabletten nicht deutlich beeinflusst (16,9 g in der Vorperiode, 17,5 g während der Zufuhr der

Tabletten), dagegen stieg die P_2O_5-Ausfuhr um 16 pCt. an (4,4 : 5,1 g). Derselbe Effekt wurde bei der zweiten, an Paralysis agitans leidenden Person beobachtet. Der N verhielt sich wie 16,5 : 15,9 g, die P_2O_5 wie 4,4 zu 5,6 g, d. h. bei letzterer ein Zuwachs um ca. 25 pCt. — In beiden Versuchsreihen ist also ein relativ phosphorreiches und stickstoffarmes Gewebe zum Mehrzerfall gekommen. Vf. denkt dabei an das Knochengewebe. Bemerkenswert ist dabei, dass die Phosphormehrausscheidung nicht im Harn, sondern im Kot stattfand.

Bei einer dritten, jungen, gesunden Versuchsperson blieb jede Wirkung der Hypophysistabletten vollkommen aus.

Durch die Versuche mit Schilddrüse, die sich auch wieder auf N-Ausscheidung und P_2O_5-Ausfuhr durch Harn und Kot beziehen, sollte festgestellt werden, ob Jodothyrin quantitativ ebenso wirkt wie Schilddrüsensubstanz, d. h. ob die gesammte wirksame Substanz der Schilddrüse im Jodothyrin enthalten ist oder nicht. Dabei hat sich nun herausgestellt, dass zunächst verschiedene Jodothyrinpräparate verschiedene Wirksamkeit haben. Während 5 g des einen Präparates ganz unwirksam waren, stieg N- und P_2O_5-Ausscheidung nach 2 g des zweiten deutlich an. Erheblich wirksamer waren jedoch die Tabletten aus Schilddrüsensubstanz; hier stieg die N-Ausscheidung bei einer Dosis von 1,2 g Drüsensubstanz von 18,7 auf 22,7 g, d. h. um 4 g an, während bei dem zweiten Jodothyrinpräparat die Vermehrung nur ca. 2 g betragen hatte.

Bei einem zweiten Individuum versagten sogar beide Jodothyrinpräparate in einer Dose gleich 11,5 g Drüse, während Schilddrüsensubstanz schon in einer Dosis von 1,2 g Drüse eine Steigerung des Stoffwechsels bewirkte.

Verf. schliesst: Der Hypophysis enthält eine Substanz, die verändernd auf den Stoffwechsel eines N-armen und P-reichen Gewebes einwirkt. Auch die Thyreoidea wirkt steigernd auf die P-Ausscheidung. Eine Aequivalenz zwischen Jodothyrin und Schilddrüsensubstanz besteht nicht. Man ist demnach nicht berechtigt, letztere durch erstere zu substituiren.

A. Loewy.

E. Riegler, Eine neue gasvolumetrische Bestimmung der Harnsäure. Wien. med. Blätter 1897, No. 21.

Riegler schlägt vor, die Harnsäure mit concentrirter Salpetersäure zu kochen und aus der gebildeten Gasmenge die Menge der zersetzten Harnsäure zu berechnen.

Er giebt zu diesem Zwecke einen einfachen Apparat an. Im Mittel fand er für 1 g Harnsäure 215 ccm Gas (im Minimum 212 und 219 im Maximum).

Um im Harn die Harnsäuremenge zu bestimmen, versetze man 100 ccm Harn mit 5 ccm concentrirter Salzsäure, filtrire nach 24 Stunden und koche den Filterrückstand mit dem Filter mit Salpetersäure.

Die Resultate sollen mit den gewichtsanalytischen vollkommen übereinstimmen.

A. Loewy.

A. E. Garrod, Ueber den Nachweis des Hämatoporphyrins im Harn. Cbl. f. inn. Med. 1897, No. 21.

Nakarai hatte angegeben, dass Hämatoporphyrin ausser bei Blei- und Sulfonalvergiftnng nur selten im Harn vorkomme. Dieses Resnltat, das mit denen des Vf.'s in Widerspruch steht, führt dieser daranf zurück, dass Nakarai's Methode zu wenig empfindlich sei, um geringe Mengen nachzuweisen. Sein eigenes Verfahren, das auch im normalen Harn die Gegenwart von Hämatoporphyrin ergiebt, besteht darin, dass zu 300—500 ccm Harn 10proc. Natronlange, und zwar für je 100 ccm Harn 20 ccm derselben hinzugefügt werden. Der Niederschlag auf dem Filter gewaschen, in salzsaurem Alkohol gelöst, spektroskopisch nntersucht: saures Hämatoporphyrin. — Um alkalisches Hämatoporphyrin zu erhalten, setzt man zur Lösung Ammoniak und Essigsäure bis zur Wiederlösung des aufgetretenen Niederschlages nnd schüttelt den Farbstoff mit Chloroform aus. — Sind grössere Mengen Hämatoporphyrins im Harn, so empfiehlt Verf. Salkowski's Methode als die sicherere. A. Loewy.

E. Schwalbe, Entwicklung eines primären Carcinoms in einer tuberkulösen Caverne. Virchow's Arch. Bd. 149. S. 329.

Ist das primäre Lungencarcinom schon selten, so gehört die Entwicklung eines Carcinoms in der Wand einer tuberkulösen Caverne zu den grössten Raritäten. Verf. fügt den drei bis jetzt beschriebenen Fällen von Friedländer und Wolff einen vierten hinzu. Bei einem 68jährigen Mann, der intra vitam die Symptome einer linksseitigen Lungenphthise darbot, zeigte die Sektion eine hühnereigrosse Caverne im linken Oberlappen, in der ein grosses Blutcoagulum und ein taubeneigrosser, weissgelber, bröckliger Ballen liegt. An der medialen Wand ragte ein Tnmor etwa 2 cm in die Höhlung vor, der mit dem Hauptbronchus fest verwachsen ist und in dem die Arterie eingebettet liegt. Die Bronchialschleimhant ist gerötet und zeigt kleine Substanzverluste. Von der Geschwulst aus ziehen derbe Stränge die Wandungen der Caverne entlang. Die mikroskopische Untersnchung des Tumors ergiebt einen Cylinderepithelkrebs, der in die tuberkulös-nekrotischen Partien gleichsam eingebettet ist. Die Carcinomzellen selbst zeigen nirgends nekrotischen Zerfall. An einzelnen Stellen liegen tuberkulöse Riesenzellen mit Bacillen und Carcinomzellen unmittelbar beieinander. Oberhalb der Caverne liegt indurirtes fibröses Gewebe mit Resten komprimirter Alveolen ohne Einsprengung von Carcinom. In den Strängen der Caverne liegen Krebszellen, gruppenweise angeordnet, in Lymphräumen. Der freie Ballen innerhalb der Caverne ist carcinomatös, ein offenbar durch die Blutung losgerissenes Stück der Geschwnlst. In die A. pulmonalis hinein ist kein Eiubruch des Carcinoms erfolgt; dagegen befindet sich das Carcinom im peribronchialen Gewebe, hat die Bündel des Bindegewebes und der glatten Muskulatur anseinander gedrängt und hat an einzelnen Stellen die Schleimhaut ersetzt. In Ober- und Unterlappen finden sich bronchopneumonische, rein tuberkulöse Herde.

Der Ausgangspunkt des Cylinderepithelkrebses ist zweifellos in der Bronchialschleimhaut zu suchen; ob das Oberflächeuepithel oder das

Epithel der Drüsen primär erkrankt war, ist nicht zu entscheiden. Die Tuberkulose ist sicher die frühere Erkrankung; der nach Bildung einer mässigen Caverne sich entwickelnde Tumor durchwuchs die Cavernenwand. Ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Carcinom war nicht nachweisbar; am wahrscheinlichsten ist es, dass beide Krankheiten sich zufällig nebeneinander in demselben Organ entwickelt haben.

M. Rothmann.

E. Küster, Ueber Frühoperationen bei Osteomyelitis. Arch. f. klin. Chir. XLVIII. S. 753.

K. hat seit 1881 in 23 Fällen von Osteomyelitis Frühoperationen gemacht. Ausgeschlossen sind hierbei alle die Vorkommnisse von abgeschlossener Nekrose und die zahlreichen Beobachtungen von Osteomyelitis des Beckens und anderer platter und kurzer Knochen. Weit über die Hälfte der 23 Fälle wurde innerhalb der ersten 2 Wochen nach Beginn der Erkrankung operirt. Von diesen 13 starb keiner, vollkommen geheilt wurden 8, mit Fisteln entlassen wurden 5 (nicht 3, wie im Original wohl infolge eines Druckfehlers steht). Von 2 in der dritten Woche Operirten starb 1, ebensoviel von 4 in der vierten Woche Operirten, wie auch auf die fünfte und sechste Woche mit 2 resp. 1 Operirten je 1 Todesfall kam. Ein auf die siebente Woche entfallender Operirter genas. Im Ganzen zeigten die 23 Operirten 13 Genesungen neben 4 unvollständigen Heilungen mit Fisteln, 4 Todesfälle und 2 noch nicht abgeschlossene Beobachtungen. Leider kommen viel zu wenig Fälle früh genug in Behandlung; man kann annehmen, dass die Ausdehnung der Abhebung des Periosts im Allgemeinen der der Infiltration des Knochenmarkes entspricht und dass, je weiter demgemäss die Aufmeisselung des Knochens notwendig, desto geringer die Aussicht auf Heilung ohne Nekrose bezw. ohne nachträgliche Nekrotomie ist. In einzelnen Fällen findet man übrigens bei der Aufmeisselung des Knochens keine nennenswerte Veränderung, dagegen im benachbarten Gelenk einen serös-eitrigen oder rein-eitrigen Erguss. Ausser der Aufmeisselung sei Punktion oder bei Wiederkehr des Ergusses Gelenkdrainage angezeigt.

Nach einigen Bemerkungen über die Berechtigung der Operation in frühen Stadien, selbst bei schweren Allgemeinsymptomen, und über die Möglichkeit rechtzeitiger Erkennung der Krankheit bespricht K. ganz kurz die hier massgebende operative Technik. Die Hauptsache ist Längsschnitt, bei weitgehenden Eröffnungen mit Bildung eines Hautperiostknochenlappens nach Lücke, welche allerdings nur für die Tibia, vielleicht auch für die Ulna verwertbar ist, aber gerade an ersterer die langsame Bildung einer hässlichen, tief eingezogenen Knochennarbe behindert. Beigefügt ist eine kurze Wiedergabe der betr. 23 Fälle.

P. Güterbock.

C. Janson, Nouvelle méthode de traitement de la tuberculose chirurgicale. Arch. de méd. expérim. etc. 1897, Mai. S. 318.

Die neue Methode des Verf.'s besteht in der Anwendung von Streptococcenkulturen gegen die Tuberkulose.

Der Autor verwendet Streptococcenbouillonkulturen von sehr geringer Virulenz, die 48 Stunden lang im Brutschrank gezüchtet und dann 8 bis 14 Tage bei Zimmertemperatur aufbewahrt wurden; nach 14tägigem Stehen waren die Coccen abgestorben, während sie nach 8tägigem Aufenthalt im Zimmer noch lebensfähig, aber sehr wenig virulent waren. 30 ccm einer solchen Kultur töteten ein Kaninchen bei intravenöser Injektion innerhalb von 3 Tagen; später wurden noch weniger virulente Kulturen verwendet. 0,5—2,0 der beschriebenen Flüssigkeit wurde den betreffenden Patienten 1—2mal wöchentlich subkutan injicirt. Die Reaktion bestand in Rötung und Schmerzhaftigkeit der Injektionsstelle und in Temperaturerhöhung bis auf 39°; diese Symptome verschwanden stets sehr bald.

Der Behandlung unterzogen wurden meist Kranke mit lange bestehenden Fisteln bei tuberkulösen Knochen- und Gelenkentzündungen. Die 15 Patienten, deren Krankengeschichten der Verf. kurz mitteilt, wurden nach mehrmonatlicher Behandlung wesentlich gebessert, einige sogar völlig geheilt. Ebenso will der Vf. in einigen Lupusfällen durch seine Injektionen wesentliche Besserung, allerdings noch keine vollkommene Heilung erzielt haben.

Ein Fall von tertiärem Syphilid und einer mit aleukämischen Lymphomen wurden angeblich völlig geheilt. M. Borchardt.

W. Rindfleisch, Bakteriologische Untersuchungen über Arthritis gonorrhoica. Arch. f. klin. Chir. LV. S. 445.

R. hat 30 Fälle von gonorrhoischer Gelenkentzündung mit den modernen Mitteln der Bakteriologie mikroskopisch und kulturell untersucht und dabei 18mal den Gonococcus, je 1mal daneben den Staphylococcus aureus und albus, ausserdem je 1mal diese letzteren Bakterien ohne gleichzeitige Anwesenheit von Gonococcen in der nach Punktion oder Eröffnung des Gelenkes oder der Schleimbeutel gewonnenen Flüssigkeit gefunden. Zur Untersuchung kamen 11 Hand-, 6 Knie- und 4 Ellenbogengelenke, 4 Sehnenscheiden, 2 Handwurzelgelenke, 2 Fälle von Bursitis calcanei, 1 Fingergelenk, 1 Tibiotarsalgelenk, 1 Lisfranc'sches Gelenk. Meist handelte es sich um akute Entzündungen der Gelenke, sei es, dass sie als echte Komplikation bei akuter oder chronischer Gonorrhoe oder als recidivirende Exacerbation einer chronischen gonorrhoischen Gelenkentzündung auftraten. Der Erguss war trotz der verhältnismässig starken Schwellungen der Gelenke und ihrer ganzen Umgebung meist nicht erheblich, ausgenommen die meisten Kniegelenkserkrankungen. In manchen Fällen musste die nur in die Kanäle der Spritze eingesogene Flüssigkeit genügen, und für die Sicherheit, dass die Nadel im Gelenk gewesen war, das Gefühl entscheiden, welches das Aufstossen der Spitze der Nadel auf die Gelenkknorpel giebt.

Die Gonococcen im Gelenkexsudat erscheinen in grosser Zahl einzeln oder zu zweien, die Häufchenbildungen sind verhältnismässig selten zu sehen. Ferner ist die Zahl der Lenkocyten, welche Gonococcen in sich aufgenommen haben, gegen das gewohnte Bild bei uretbraler Gonorrhoe äusserst gering; ausser den Eiterkörperchen finden sich auch Endothel-

Digitized by Google

zellen mit Gonococcen erfüllt; gewöhnlich sind die letzteren freilich in diesen Zellen nur sehr spärlich vertreten. Bei den Recidiven der gonorrhoischen Gelenkentzündungen ist R. der Nachweis von Gonococcen 7mal gelungen. Joachimsthal.

Mathes, Zur Casuistik der Ureteren-Implantation in den Darm. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. XLV. (1/2.)

Nach einer erschöpfenden Uebersicht über die bisher geübten Methoden berichtet M. über die Operation zweier Fälle von Blasenektopie. Der eine Pat. war 31, der zweite 8 Jahre alt. Im ersten Fall waren die Veränderungen derartige, dass von dem Versuch einer plastischen Operation ohne Weiteres abgesehen werden musste. Im zweiten Fall wurde der Versuch gemacht, aber mit negativem Resultat. Es wurde dann in beiden Fällen nach dem Vorschlag von Maydl ein elliptisches, beide Ureterenmündungen enthaltendes Blasenstück aus dem Trigonum ausgeschnitten und in eine Längswunde der Flexura sigmoidea eingenäht. Es wurden dann die von der Hinterseite der Blase thürflügelförmig abpräparirten Schleimhautlappen sammt dem Peritonealüberzug durch Knopfnähte über die Nahtstelle fixirt. In beiden Fällen war das Resultat ein gutes. Die Urinentleerung durch das Rectum erfolgte ohne Störung, eine Reizung der Schleimhaut durch den Urin wurde nicht beobachtet, ebensowenig eine ascendirende Infektion der Nieren.

An der Hand einer vergleichenden Statistik zeigt M. sodann, wie mit der Vervollkommnung der Technik der Mortalitätsprocentsatz rapide abnimmt. Es sind bis jetzt nach der Maydl'schen Methode 14 Fälle operirt worden, von denen nur 2 letal endigten. E. R. W. Frank (Berlin).

E. Hähnle, Ueber die Lebensdauer der an Retinitis albuminurica Erkrankten. Medicin. Corresp.-Blatt des Württemb. ärztl. Landervereins. 1897. No. 25.

Unter 98 Fällen von Retinitis albuminurica, 60 Männern und 38 Frauen, welche sich zum grössten Teile jenseits des 30. Lebensjahres befanden, ist der Tod in 81 festgestellt worden. Innerhalb des ersten Jahres nach Feststellung der Diagnose der Affektion starben 55, 39 Männer und 16 Frauen; innerhalb der ersten 2 Jahre 67 Fälle, 47 Männer und 20 Frauen, nach mehr als 2 Jahren 14 Fälle, 7 Männer und 7 Frauen, und es leben noch 17, 6 Männer und 11 Frauen. Die Prognose für die Lebensdauer der an Retinitis albuminurica Erkrankten ist demnach nicht so ungünstig, als bisher meistens angenommen wurde, und insbesondere für das weibliche Geschlecht um ein Bemerkenswertes günstiger, als für das männliche. Horstmann.

Manasse, Ueber knorpelhaltige Interglobularräume in der menschlichen Labyrinthkapsel. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXXI. S. 1.

M. fand in allen von ihm untersuchten Felsenbeinen bei Individuen jeglichen Alters in der knöchernen Kapsel der Schnecke, des Vestibulum und der Bogengänge, in den knöchernen Zwischenwänden der Windungen, sowie

in der knöchernen Wand des Porus acusticus internus in seinem peripheren, der Schnecke zugewandten Abschnitte knorpelhaltige Räume, die von Knochenkugeln umsäumt waren. Diese Räume sind teils rund, teils länglich, meistens bilden sie lange, weit verzweigte Strassen, deren Ausläufer mit denen benachbarter Räume communiciren. Der die Hohlräume ausfüllende hyaline Knorpel ist, wie Schliffe zeigen, verkalkt. Diese Räume stehen in keiner Beziehung zu den Gefässen des Knochens. Bezüglich des Ursprungs der Globuli ossei hält es Verf. für sicher, dass sie aus den Knorpelzellen, beziehungsweise ihrer nächsten Umgebung hervorgehen, dass sie also von innen (vom Knorpel), nicht, wie man bei der normalen Ossifikation annimmt, von aussen (vom Mark) gebildet werden.

Schwabach.

Koschier, Ueber Prolapsus sinus Morgagni. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 37.

Das unter dem Namen Prolapsus sinus Morgagni bekannte laryngoskopische Bild entspricht nie einer einfachen Umstülpung der Schleimhaut des Sinus, sondern kann einmal durch eine akute Entzündung bedingt sein bezw. durch das dieselbe begleitende Oedem und Infiltrat. Dann kann es aber auch durch eine chronische Entzündung hervorgerufen werden, wobei die begleitende Hyperplasie des subepithelialen Bindegewebes die wichtigste Rolle spielt. Auch Tumoren der Schleimhaut oder der Submucosa können einen Prolaps herbeiführen. Dabei handelt es sich entweder um solide Tumoren oder um Retentionscysten, für deren Bildung in den an Schleimdrüsen reichen Partien der Sinuswand günstige Bedingungen vorhanden sind.

Die Folge einer solchen Veränderung der Wand wird eine Ausfüllung des Sinus sein und dann wird das Gebilde in den Larynx hineinragen. Das weitere Wachstum wird durch dieselben Momente begünstigt, wie das der Schleimpolypen des Kehlkopfes, und es werden besonders Stauungsvorgänge in demselben zu stande kommen, welche dann eine Vergrösserung des Prolapses veranlassen.

W. Lublinski.

Kraus, Ueber spezifische Reaktioneu in keimfreien Filtraten aus Cholera-, Typhus- und Pestbouillonkulturen, erzeugt durch homologes Serum. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 32.

Ausgehend von dem Funde Widal's, dass bei 57° abgetötete Typhusbacillen auf Zusatz von spezifischem Serum agglutiniren und die Entdeckung C. Buchner über Gährung mit Zymase brachten Verf. dazu, zu untersuchen, ob Lösungen von Bakterienleibern, mit spezifischem Serum zusammengebracht, die gleicheu spezifischen Reaktionen geben, wie die Kulturen selbst. Er benutzte zu seinen Versuchen Cholera-, Typhus- und Pestkulturen, und zwar einmal ein bakterieufreies Filtrat von Bouillonkulturen, sodann löste er die unter Vermengung von Glasstaub bei einem Druck von 300 Atmosphären ausgepresste Masse in Bouillon, filtrirte sie durch ein Bakterienfilter und unterwarf dieses Filtrat der Reaktion; endlich schabte er zweitägige Kulturen von Agarplatten ab, trocknete sie bei 37°,

Digitized by Google

löste sie in schwach alkalischer Bouillon und filtrirte wieder durch ein Bakterienfilter. Die auf diese drei verschiedenen Arten gewonnenen klaren und durch Stehenlassen bei 37° als bakterienfrei festgestellten Filtrate trübten sich auf Zusatz des homologen spezifischen Serums, wenn sie im Brutschrank bei 37° aufbewahrt wurden und gaben einen grau-weissen, flockigen Niederschlag, welcher aus 2 Eiweisskörpern besteht, von denen der eine die Reaktionen der Alkalialbuminate, der andere die der Peptone giebt. Diese Substanzen, welche die Niederschläge geben, müssen von den Bakterienleibern stammen. Ausserdem stellte K. noch fest, dass keimfreie Toxine bei Zusatz von mittelst Toxinen gewonnenem spezifischem Serum Niederschläge nicht geben. H. Bischoff.

Brieger und **Kempner,** Beitrag zur Lehre von der Fleischvergiftung. D. med. Wochenschr. 1897, No. 33.

Verff. haben den von van Ermengem aus den Resten eines Schinkens sowie aus der Milz eines nach dem Genusse des betreffenden Fleisches Gestorbenen isolirten Bacillus, des Bacillus botulinus weiter studirt. Sie fällten das Toxin aus bakterienfreien Bouillonkultur-Filtraten mit dem doppelten Volumen einer 3procent. Chlorzinklösung. Die Zinkverbindung wurde alsdann mit Ammoniumphosphat gesprengt, wobei das unlösliche phosphorsaure Zink ausfällt. Aus dem Filtrate wurde sodann durch Aussalzen mit Ammoniumsulfat das Gift nebst Albumosen zur Ausscheidung gebracht. Es wurde stets alles Toxin auf diese Weise gewonnen. Versuchten jedoch Verff. eine Trennung des Giftes von den Albumosen, so traten bereits erhebliche Verluste auf. Dieses Gift verdankt seine Entstehung allein dem Bac. botulinus; Versuche, aus faulem Schweinefleisch oder den verschiedensten Faulflüssigkeiten dasselbe zu gewinnen, sind fehlgeschlagen. Das Gift ruft den Symptomenkomplex des Botulismus hervor, ausserdem ist es gelungen, durch Einverleibung dieses Giftes ein äusserst wirksames antitoxisches Serum zu gewinnen. H. Bischoff.

C. R. Marshall, The active principle of Indian hemp: a preliminary communication. Lancet 1897, No. 4.

Die Wirksamkeit des indischen Hanfs (Herba cannabis indicae) ist bekanntlich so verschiedenartig und ungleichmässig, dass in den meisten Fällen von der Anwendung desselben Abstand genommen wird. Die Verschiedenwertigkeit ist zum grossen Teil bedingt durch das Alter der Pflanze; bei längerem Lagern lässt die Wirksamkeit nach; Pflanzen, die älter als zwei Jahre sind, sollten überhaupt nicht mehr angewandt werden. Zum Teil ist auch die Heimat der Pflanze von Wichtigkeit, am wirksamsten scheinen die aus Bengalen kommenden zu sein. Alle diese Uebelstände haben schon lange dahin geführt, die wirksamen Bestandteile zu isoliren und rein darzustellen, und Verf. giebt eine genaue Uebersicht der dahinzielenden Versuche. M. hat sich dann eingehender mit einem von Wood, Spirey und Easterfield dargestellten Präparat beschäftigt, mit dem er Versuche an sich selbst und anderen Personen anstellte. Dieses Präparat,

Digitized by Google

von den Darstellern „Cannabinol“ genannt, scheint in der That der wirksame Bestandteil des indischen Hanfs zu sein; es ist in Wasser unlöslich, dagegen löslich in Alkohol, Aether etc., von leicht bitterem, aromatischem Geschmack. In Dosen von 0,05—0,15 g wurde es vom Verf. und anderen Personen gut vertragen und rief alle die Erscheinungen hervor, die als Wirkungen des indischen Hanfs bekannt sind. Die Reihe der Erfahrungen ist jedoch noch zu klein, um ein definitives Urteil über Wert und Unwert des Präparates abgeben zu können. K. Kronthal.

J. Trumpp, Ueber Colicystitis im Kindesalter. Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 42.

Bekanntlich ist, insbesondere von französischen Aerzten, eine Form der Cystitis beschrieben, bei welcher der Harn stets saure Reaktion bewahrt, und die nach den späteren Untersuchungen von Barlow, Schmidt, Aschoff u. A. auf Einwanderung des Bact. coli in die Blase zurückzuführen ist. Diese Colicystitis ist auch im Kindesalter keine so seltene Erkrankung, wie bisher fast allgemein angenommen wurde. — Verf. hat auf der Kinderklinik von Escherich in Graz bisher 29 solcher Fälle beobachtet, bei Kindern im Alter von 5 Wochen bis 9 Jahren. Unter diesen waren 8 Knaben und 21 Mädchen. Die weitaus grössere Häufigkeit der Erkrankung bei Mädchen spricht dafür, dass ein Teil der Fälle der direkten Durchwanderung der Urethra seitens des Colibacillus die Entstehung verdankt. Bei Knaben kommt die Krankheit am häufigsten im Gefolge von Darmerkrankungen, speziell von Enteritis follicularis vor; dieses Verhalten scheint darauf hinzuweisen, dass die Bakterien auch vom Darme aus in die Harnwege eindringen können. — Die Colicystitis kann bisweilen bei Kindern zu schweren Allgemeinerscheinungen und durch Fortschreiten nach den Nieren zu einer tödlichen Nephritis Veranlassung geben. — Die Dauer der Krankheit beträgt in leichten Fällen durchschnittlich 1—2 Wochen. Als wirksam erwiesen sich Ausspülungen der Blase mit lauwarmer $^1/_4$proc. Lysollösung und innere Darreichung von Salol (0,25 bis 0,5 g 3mal täglich). Auch in schweren Fällen ist diese Behandlung empfehlenswert, bei sehr hartnäckigen Formen event. auch das Salol mit dem Naphthalin (0,25—1,0 g 2mal täglich) und dem Benzonaphthol (0,5 g 4—6mal täglich) zu vertauschen. Stadthagen.

Teschemacher, Zur Behandlung des Diabetes mellitus. Münchner med. Wochenschr. 1897, No. 10.

Gegen den süssen Schaumwein, der bisher den Diabetikern im Allgemeinen verboten war, besteht nach den Erfahrungen des Verfassers bei Versuchspersonen mit der leichten Form des Diabetes Toleranz. Es wurde nur deutscher Schaumwein gereicht, durchschnittlich zu einer halben Flasche täglich. Trotz im Uebrigen unveränderter Kost trat nach dem Champagnergenuss kein vermehrter Zuckergehalt des Harnes auf.

Die Untersuchung des betreffenden Schaumweines („Kupferberg“) ergab, dass sich der bei der Fabrikation zugesetzte Rohrzucker durch die

Digitized by Google

Gährung in Invertzucker (aus annähernd gleichen Teilen Lävulose und Dextrose bestehend) umgewandelt hatte. Von dieser Dextrose hält es Verf. für möglich, dass ihre Verbrennung im Körper durch die in dem Schaumwein enthaltene Kohlensäure begünstigt wird. Perl.

Plugge, Cytisine als geneesmiddel. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1897. I. No. 14.

P. empfiehlt das bereits bekannte Alkaloid des Goldregens, Cytisin, von der Formel $C_{11}H_{14}N_2O$, einer grösseren Beachtung. Er fand das Präparat auch in anderen Pflanzen: zu 2,06 pCt. in der in Ostindien vorkommenden Sophora tomentosa L. und in Euchresta Horstieldii Benn., beide zur Familie der Papilionaceae gehörig. Auch Baptisia tinctoria R. Br. enthält ein Alkaloid, welches v. Schroeder Baptitoxin genannt hat, welches jedoch anscheinend mit Cytisin identisch ist. Das Präparat ist von verschiedenen Autoren bei verschiedenen Zuständen empfohlen worden, besonders als Diureticum. Es ist sehr giftig; Kraepelin nennt als höchste Gabe 10 mg Cytisinnitrat in Unterhauteinspritzung, rät aber, mit kleinen Gaben von 3—5 mg zu beginnen. Verf. bittet, die Wirksamkeit des Mittels in erneuten Versuchen zu prüfen. G. Meyer.

J. Bergonié, Sur un traitement électrique palliatif du tic douloureux. Compt. rend. 1897, 2. Août.

Verf. empfiehlt für die Behandlung der Trigeminusneuralgie folgendes Verfahren. Eine mit dem positiven Pol verbundene biegsame, 200 bis 250 Quadratcentimeter grosse Elektrode (mit Filz überzogenes Zinn), welche sich dem Gesicht anschmiegt, bedeckt das Antlitz, die negative 400—500 Quadratcentimeter grosse Elektrode ruht auf der Rückenwirbelsäule: Kautschukstreifen halten die positive Elektrode auf dem Gesicht fest. Man lässt die Stromstärke allmählich bis zu 35, 40, sogar 50 M.-A. ansteigen (?!): diese Stärke wird etwa in 10 Minuten erreicht und soll dabei der Patient, wenn man vorsichtig und langsam vorgeht, keinen Schwindel, keine Lichterscheinungen, keinen lebhafteren Schmerz empfinden. Man lässt das so erreichte Strommaximum 15—20 Minuten wirken und verringert die Stromstärke dann allmählich bis Null. Verf. hat so einige Kranke behandelt und Jahre lang beobachtet. Die schmerzfreien Zeiten verlängerten sich bei allen (bis zu Monaten, ja Jahren) und die Anfälle selbst wurden entschieden schwächer. Bernhardt.

F. Pick, Ueber Hemianopsie bei Urämie. D. Archiv f. klin. Med. LVI. (1 und 2.)

In dem ersten mitgeteilten Falle trat bei einer an chronischer Nephritis leidenden Frau ein akuter Nachschub ein, der zu plötzlicher Amaurose von 24stünd'ger Dauer und folgender linksseitiger Hemianopsie führte. Der Augenhintergrund war normal. Unter Konvulsionen, asthmatischen Anfällen, Lungenödem, Pleuritis trat der Tod ein. Die Sektion erwies u. A. einen Erweichungsherd in der Rinde der rechten zweiten Occipital

Digitized by Google

windung. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine frische corticale Erweichung infolge von Verlegung einer kleinen Arterie mit Fibrinmassen. — In einem zweiten Falle trat bei einem Nephritiker im Anschluss an einen Anfall von Bewusstlosigkeit und Krämpfen Sehstörung, Retinitis albuminurica, linksseitige Hemianopsie ein. Ein dritter Nephritiker zeigte Retinitis albuminurica, vorübergehende Amaurose und Hemiplegie, Hemiamblyopia sinistra, centrale Scotome für Blau und Gelb. In einem vierten Falle lag Retinitis albuminurica, Arteriosklerose und rechtsseitige Hemianopsie vor. — Die Fälle lehren, dass Hemianopsie im Anschluss an urämische Anfälle und Amaurose auch vorübergehend (ohne Hirnerweichung) vorkommen kann. Diese Hemianopsie dürfte toxischer Natur und auf ein stärkeres Betroffensein der einen Hemisphäre zurückzuführen sein. Analoge halbseitige Symptome (Krampf- und Lähmungserscheinungen) sind auch von Anderen beobachtet und als vorübergehende Erscheinung toxischer Natur aufgefasst worden. — Meist ist der Befund hierbei ein negativer, nur ausnahmsweise dürfte es zu Erweichungen, embolischen, thrombotischen Vorgängen bei Urämie kommen; ob ein umschriebenes Oedem die Herdsymptome erklärt, erscheint zweifelhaft. S. Kalischer.

Ch. Féré, Note sur l'arrêt de développement des membres dans l'hémiplégie cérébrale infantile. Revue de méd. 1896, No. 2.

F. weist auf die einseitigen Hemmungsbildungen und Funktionsstörungen bei der (spastischen) infantilen cerebralen Hemiplegie hin (Wachstumsstörungen der Extremitäten, des Thorax und Beckens, Bewegungsverminderung des Zwerchfells u. s. w.). In 36 von 42 Fällen fand er den Ringfinger und kleinen Finger erheblich verkürzt im Vergleich zu dem Mittelfinger (Oligodactylie cubitale) — eine Erscheinung, die sich bei Frauen, Epileptischen, Taubstummen, Degenerirten ebenfalls ziemlich häufig fand. Auch an den Füssen finden sich in der Länge und Stellung der Zehen auf der hemiplegischen Seite der mit Kinderlähmung Behafteten vielfach Anomalien, die bei Degenerirten, Hysterischen, Epileptischen auch vorkommen. Diese Thatsache weist darauf hin, das die sogenanuten Degenerationszeichen sich auch nach der fötalen und embryonalen Periode auf Grund cerebraler Störungen entwickeln können und dass angeborene Disproportionen im Wachstum wiederum durch angeborene cerebrale Funktionsdifferenzen sich entwickeln können. S. Kalischer.

J. Zawadzki und **L. E. Bregmann,** Endocarditis gonorrhoica mit Embolie der Art. foss. Sylv., centralen Schmerzen und Oedem. Wiener medicin. Wochenschr. 1896, No. 8.

In dem mitgeteilten Falle handelt es sich um eine nach Gonorrhoe auftretende Endocarditis mit Embolie der rechten Art. foss. Sylv. Es konnten sogar aus den Exkresceuzen der Bicuspidalklappen zahlreiche Neisser'sche Gonococcen nachgewiesen werden, doch waren auch andere Coccen vorhanden. Die rechtsseitige Hemiplegie, die infolge von Embolie eintrat, hielt acht Tage an, während eine gleichseitig und gleichzeitig auf-

Digitized by Google

getretene Hemianästhesie schon nach 5 Tagen geschwunden war. Auffallend waren aber die in den folgenden Tagen hervortretenden lebhaften, andauernden Schmerzen auf der früher gelähmten Seite, die hyperästhetisch war und auch ein umschriebenes Oedem innen von der Achillessehne aufwies. Die Sektion erwies eine Erweichnng des Corpus striatnm und der inneren Abteilung des Linsenkerns, während die innere Kapsel und der Thalamus opticus unversehrt waren; auf Reizerscheinungen von Seiten dieses Erweichungsherdes werden die Hyperästhesie wie die Schmerzen auf der gelähmt gewesenen Seite zurückgeführt. Auch das Oedem wird durch Reizung vasomotorischer Centren oder Bahnen zu erklären gesucht.

S. Kalischer.

W. W. Keen, Remarks on operations on the Gasserian ganglion, with a report of five additional cases. Americ. Journ. of med. scienc. 1896, January.

Der Verf. hat 6 Fälle nach der Hartley-Krause'schen Methode, welche er der Rose'schen überlegen nennt, operirt. Er beschreibt mit Zuhülfenahme von anschaulichen Illustrationen seine Methode, zu operiren, und giebt alsdann die Krankengeschichten der 6 Fälle. Einen Fall verlor er durch Sepsis, die anderen genasen und blieben bis 22 Monate schmerzfrei. Cornealgeschwüre traten öfters anf.

Ueber die genaueren Details vergl. man das Orig. M. Brasch.

Th. Pfeiffer, Ein Fall von Pseudoleukämie mit spezifischer Erkrankung der Haut. (Aus der med. Klinik des Prof. KRAUS in Graz.) Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 23.

Bei einem 56jähr., mässig anämischen Manne mit Schwellung zahlreicher Lymphdrüsen, beträchtlicher Vergrösserung der Milz nnd geringerer Intumescenz der Leber, aber normalem Blutbefunde erschien die Haut der Nase und der angrenzenden Wangenpartieen, der Augenbrauengegend, des Kinns, sowie über dem Manubrium sterni verdickt, gerötet und leicht schuppend. Die Infiltration war hier überall eine diffuse, dagegen liessen sich unter der Brustwarze beiderseits flache, rundliche, ziemlich derbe Tumoren von etwa 3 cm Durchmesser scharf abgrenzen. Acht Monate später zeigte, während der Zustand der inneren Organe sich nur wenig geändert hatte, auch die Zahl der weissen Blutkörperchen eine normale geblieben war, die Hautaffektion eine bedeutende Zunahme. Die Verdicknng der Haut erstreckte sich jetzt über das ganze, das Aussehen der Facies leonina darbietende Gesicht, seitlich bis auf das äussere Ohr und den Warzenfortsatz, nach abwärts auf den Hals und nahm in diffuser Weise die ganze Vorderfläche des Thorax ein. Die Lippen bildeten unförmliche Wülste und auch auf dem harten Gaumen bestanden nunmehr beiderseits vom Alveolarfortsatz bis an die Mittellinie reichende fingerdicke, derb-elastische Infiltrate. — Die histologische Untersuchung eines aus dem Tumor der Mamma excidirten Stückes bestätigte die Annahme, dass das Hautleiden eine Teilerscheinung der konstitutionellen Krankheit darstellte. Es fanden sich von dem Stratum subpapillare, durch die Cutis sich erstreckende Zellinfiltrate,

die hauptsächlich aus lymphocytären und nur zu sehr geringem Teile aus polynucleären Elementen bestanden und an deren Bildung das fixe Bindegewebe und dessen Zellen nicht nachweislich beteiligt waren.

H. Müller.

J. E. Clifton, The treatment of puerperal eclampsia. New York med. rec. 1896, Dec. 26.

Indem Verf. die Eclampsie als die Folge einer Art von Intoxikation darstellt, erörtert er eingehend die Prophylaxe und die Behandlung des ausgebildeten Krankheitszustandes. In dem vor-eclamptischen Zustand will er grosses Gewicht auf die Vermeidung stickstoffhaltiger Nahrungsmittel legen, die Entwicklung und Resorption toxischer Stoffe in den Därmen und Geweben des Körpers möglichst einschränken und ihre Ausscheidung von Seiten der Därme, der Nieren, der Leber und der Lunge begünstigen. In letzter Instanz will Vf., wenn nötig, den Fötus als die Quelle alles Uebels entfernt wissen. Er bezieht sich in Betreff des letzten Vorschlages auf die Statistik von Charles Lüttich, der auf dem internationalen Kongress zu Genf 1896 berichtet, dass er durch die Einleitung der Frühgeburt alle Mütter und 75 pCt. der Kinder gerettet habe.

Zur Bekämpfung der eclamptischen Anfälle empfiehlt Verf. in erster Linie das Chloroform, dann Veratrum viride und zuletzt Chloral. Er schlägt vor, den Uterus unter tiefer Anästhesie möglichst schnell zu entleeren und bedient sich dazu mit besonderer Vorliebe der mechanischen Ausweitung des Collum und der unmittelbaren Extraktion des Fötus. Er bevorzugt die Dilatation mit den Fingern und glaubt, dass man damit schnell genug zum Ziel kommt, ohne unkontrollirbare Incisionen machen zu müssen.

Als dritte Indikation des ausgebildeten Krankheitszustandes empfiehlt Verf. reichliches Abführen, Anregung der Diurese und der Diaphorese.

Zum Schluss geht Verf. noch näher auf die forcirte Entbindung ein und führt aus, dass die Dilatation des Collum zwischen den beiden Händen vorzuziehen ist, weil sie die Eihäute bis zur vollen Ausweitung erhalten bleiben lässt, die ursprüngliche Lage des Kindes nicht stört, weil der Operateur mit seinen Fingern weniger gewaltsam vorgeht und die Macht der Kraft besser kontrolliren kann. Auch für Placenta praevia erscheint ihm die himanuelle Ausweitung als die geeignete Methode, weil sie am wenigsten den Sitz der Placenta gefährdet und volle Erschlaffung des Muttermundes während der Geburt herbeiführt. A. Martin.

Th. H. Van de Velde, Experimentelle Untersuchungen über die Schwangerschafts-Autointoxikation Wien: klin. Rundschau 1896, No. 50.

Verf. injicirte gleich grossen schwangeren und nicht-schwangeren Kaninchen (30 Paaren), welche sich unter gleichen äusseren Bedingungen befanden, Urin in die Ohrvene und fand bei allen mit einer Ausnahme, dass die graviden Tiere bei viel kleineren Dosen, als die nicht-graviden, mit Krämpfen reagirten. Die Ursache hierfür könnte eine doppelte sein: entweder könnten im Blute Schwangerer Konvulsionen erzeugende Substanzen

Digitized by Google

vorgebildet sein oder die Nervencentra könnten eine gesteigerte Disposition besitzen. Ob das zweite der Fall ist, lässt Verf. unentschieden. Dass das erstere der Fall ist, hat er dadurch bewiesen, dass er Kaninchen Blutserum von graviden und nicht-graviden Kaninchen injicirte. Das erstere wirkte stets in kleineren Dosen krampferregend als das zweite.

Die Beziehungen dieser Untersuchungen zur Pathologie der Eclampsie sind naheliegende. A. Martin.

W. Duncan, A clinical lecture on pelvic inflammation in women. Lancet 1897, Jan. 2.

D. weist auf die grosse Häufigkeit der Pelviperitonitis hin und zeigt an Beispielen, die mit instruktiven Abbildungen berichtet werden, wie Ovarium und Tube an dem Entzündungsprozess teilnehmen. Nachdem er auf die bekannten Symptome und die diagnostischen Schwierigkeiten hingewiesen, empfiehlt er, in den akuten Stadien abzuwarten, in den chronischen die bekannten resorbirenden Mittel bei monatelanger Bettruhe. Etwas zweifelhaft erscheint dem Ref., dass die complicirende oder ursächliche Uteruserkrankung mit Dilatatio resp. Curettement des Uterus angegriffen werden soll. Bei Erfolglosigkeit einer rein medikamentösen Behandlung empfiehlt D. die Entfernung der Adnexorgane von der durch Cöliotomie eröffneten Bauchhöhle aus. Diese soll nur 3 pCt. Mortalität haben. Da meist die beiderseitigen Organe entfernt werden müssen, wird die Zustimmung der Kranken zur vorher genau zu erklärenden Operation verlangt. (Der Fall Cullingworth lässt allerdings zur Zeit für englische Verhältnisse diese Empfehlung als ganz besonders wichtig erscheinen.) A. Martin.

Pinard (Paris), Ueber Kaiserschnitt und Totalexstirpation. Bull. de l'acad. de méd. 1897, No. 3.

Verf. macht Mitteilung von einem Kaiserschnitt, den er bei einer 32-jährigen rachitischen, kyphoskoliotischen Frau wegen hochgradig ungleichmässig verengten Beckens (Conj. diag. 7,8 cm) beim Beginn der Geburt ausgeführt hat.

PINARD hat dabei den Uterus nach der sog. amerikanischen Methode exstirpirt: Schrittweise Durchtrennung der Ligam. lata zuerst links von oben nach unten unter sofortigem Unterbinden der einzelnen durchschnittenen Gefässe hintereinander, Einschnitt in die Vagina, Ablösung des Collum von der Vagina, Herumwälzen und Anziehen des Uterus nach der linken Seite, schichtenweise Durchtrennung der rechten Adnexe von unten nach oben.

Die Vorzüge vor der bisherigen Amputatio utero-ovarica (PORRO) erblickt der Vortragende darin, dass die so gefürchteten Komplikationen von Seiten des Stiels in der Nachbehandlung gänzlich ausgeschlossen sind.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **20. November.** **No. 47.**

Inhalt: Howald, Vorkommen von Jod in den Haaren. — Lapicque, Zerstörung des Hämoglobins in der Leber. — Blumenthal, Ueber Zucker abspaltende Körper im Organismus. — Jacoby, Einfluss des Apentawassers auf den Stoffwechsel bei Fettsucht. — Sulzer, Muskelatrophie artikulären Ursprungs. — le Même, Intermittirender Hydarthros genu. — Guinard, Behandlung der Halsaneurysmen. — Lanz, Fall von Erysipel im Anschluss an Osteomyelitis. — v. Eiselsberg, Heilung von Defekten der Tibia. — Nieden, Einfluss der Anchylostomiasis auf das Auge. — Klingmann, Pathogenese des Naphthalinstaares. — Körner, Inspiratorisches Zusammenklappen des Sinus transversus. — Göppert, Ueber das Mittelohr des Säuglings. — Bunch und Lake, Langes Verweilen eines Fremdkörpers in den Luftwegen. — Sympson, Fall von Leucoplakia linguae. — Wassermann, Ueber Gonococceenkultur und Gonococceengift. — Engelmann, Zur Serumtherapie des Tetanus. — Witthauer, Fall von Benzinvergiftung. — v. Ranke, Zur Scharlachdiphtherie. — Kriz, Fall von ileocoecalen Darminvagination. — Fränkel, Komplikationen und Ausgänge der Influenza. — Fiedeldij, Mundreinigung bei Säuglingen. — Spillmann und Etienne, Polyneuritis bei Quecksilberintoxikation. — Hofmann, Fall von Pons-Tumor. — Schultze, Zur Kenntnis der Facialislähmung. — Ehrmann, Ueber lokalisirte Erytheme. — Metall, Anwendung der Somatose bei Syphilis. — Coë, Ueber die Porro-Operation. — Howitz, Neue Behandlung der Uterusmyome. — Sedilleau, Behandlung der Uteruspolypen. — Gottschalk, Runge, Ueber maligne Uterusgeschwülste. — Rosenthal, Zur Kenntnis der Carcinome. — Häusermann, Ueber die Assimilation des Eisens.

W. Howald, Vorkommen und Nachweis von Jod in den Haaren. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXIII. S. 209.

Die zur Untersuchung gelangten Haare wurden zuerst mit Aether, dann mit Wasser extrahirt, der Aetherauszug, der wässerige Auszug und die rückständigen Haare getrennt untersucht. Der Aetherauszug wurde verdunstet und das zurückbleibende Fett mit Natron und Salpeter verbrannt, ebenso die rückständigen Haare, der wässerige Auszug wurde dagegen direkt untersucht, da das Verbrennen mit Natron und Salpeter keinen Vorteil bot. Die Untersuchung auf Jod geschah in der üblichen Weise durch Ansäuern der aus den Schmelzen hergestellten wässerigen Lösung mit Schwefelsäure und Schütteln mit Chloroform, bei den wässerigen war noch ein Zusatz von etwas rauchender Salpetersäure erforderlich. Durch Vergleichung der so erhaltenen gefärbten Chloroformlösung mit einer Lösung

von Jod in Chloroform konnte das Jod annähernd quantitativ bestimmt werden.

Unter normalen Verhältnissen fand sich kein Jod in den Haaren, dagegen regelmässig nach dem Gebrauch von Jodkalium: so nach Gebrauch von 20 g im Laufe von 3 Wochen in 10 g Haar 0,4 mg Jod, und zwar 0,1 im Fett, 0,3 in den Haaren, im Wasserextrakt nichts; auch dann, wenn seit dem Aussetzen des Jods schon längere Zeit — 10 Wochen — verstrichen war, fand sich noch Jod. Einige Beobachtungen an Cretins schienen darauf hinzuweisen, dass bei diesen auch ohne vorhergegangenen Gebrauch von Jodpräparaten Jod in den Haaren nachweisbar ist. Dementsprechend enthielten die Haare eines thyreoidectomirten Hundes Spuren von Jod. Nach einem Versuch an einem Hund, der grössere Dosen Jodkalium subkutan erhielt, war nach 5 und 10 Tagen noch kein Jod nachzuweisen, dagegen nach 21 Tagen.

Zur Untersuchung, in welcher Form das Jod in den Haaren vorhanden sei, wurde das Fett aus dem Haar des erwähnten Versuchshundes zuerst gereinigt, dann die ätherische Lösung durch Natriumalkoholat in der Kälte verseift, wobei die Seifen in grossen Flocken ausfielen. In der Aetherlösung war kein Jod nachzuweisen, auch nicht nach dem Schmelzen mit Natron und Salpeter. Die Seifen wurden in Wasser gelöst und die Fettsäure durch verdünnte Schwefelsäure ausgefällt. In der sauern wässerigen Flüssigkeit war kein Jod vorhanden, dagegen in der Fettsäure, vermutlich als Dijodstearinsäure. In den mit Aether und Wasser erschöpften Haaren konnte in einem Falle Jod nachgewiesen werden. Das Jod findet sich bei Behandlung mit Jodkalium nicht allein in dem während der Jodkaliumbehandlung wachsenden Teil, sondern auch in dem vorher schon bestehenden (Haarspitzen). Ebenso wie Jod ging auch Brom bei Bromkaliumbehandlung in die Haare über.

Im Anschluss hieran untersuchte Verf. den flüssigen Inhalt von zwei von Kocher operirten Kropfcysten und einige Proben von Fischthran. In der Cystenflüssigkeit fand sich kein Jod, in rohem Fischthran auch nicht, dagegen in reinem Fischthran in 10 ccm 1 mg Jod. E. Salkowski.

L. Lapicque, Expériences montrant que le foie détruit l'hémoglobine dissoute et qu'il, en garde le fer. Compt. rend. 1897, No. 19.

In vielfachen Versuchen hatte Verf. früher gefunden, dass die Milz die Aufgabe hat, die Produkte des Zerfalles der roten Blutzellen aufzunehmen, speziell das Eisen des Hämoglobins zurückzuhalten. Er teilt jetzt Beobachtungen mit, die ergeben, dass, wenn man Hämoglobinlösungen intravenös injicirt (die Versuche sind an jungen Hunden gemacht), nicht die Milz, sondern die Leber es ist, die das Hämoglobin zurückhält und eisenreicher wird.

Verf. schliesst daraus, dass gelöstes Hämoglobin in der Leber, die zum Zerfall kommenden Blutzellen dagegen in der Milz festgehalten werden. A. Loewy.

F. Blumenthal, Ueber Zucker abspaltende Körper im Organismus. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 12.

Von einer Reihe von im Tierkörper gefundenen Substanzen (Mucin, Chondrosin, Jecorin, Protagon etc.) war festgestellt worden, dass aus ihnen eine Kohlehydratgruppe sich abspalten lasse. Besonders genau untersucht wurde ein Nucleoproteïd des Pankreas, aus dem Hammarsten und Salkowski eine Pentose darstellen konnten. — Verf. hat nun festgestellt, dass, wie das Nucleoalbumin des Pankreas, so auch das der Leber, des Muskels, der Thymus glykosider Natur sei und eine Pentose enthalte. Weiter konnte er aus Thyreoidea, Milz, Hirnsubstanz ein Nucleoalbumin darstellen, das sich ebenso verhielt. Seine Methode war die, dass er die betreffenden Organe mit Wasser kochte, mit Essigsäure den wässerigen Auszug fällte, den Niederschlag mit Alkohol und Aether behandelte. Der Körper war phosphorreich, spaltete beim Kochen mit 2proc. Salzsäure Xanthinbasen ab, gab, mit concentrirter Salzsäure und Phloroglucin gekocht, eine kirschrote Färbung, die nach Tollens für Pentosen charakteristisch ist. Ausserdem liess sich ein bei 153—158° schmelzendes Pentosazon gewinnen.

Da das Nucleoalbumin sich in der Kernsubstanz befindet, wäre somit die Möglichkeit einer Zuckerbildung durch Kernzerfall gegeben.

Verfasser nimmt an, dass die im Nucleoalbumin enthaltene Nucleïnsäure das Kohlehydratmolekül liefert. A. Loewy.

M. Jakoby, Ueber den Einfluss des Apentawassers auf den Stoffwechsel eines Fettsüchtigen. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 12.

In einem 15tägigen Stoffwechselversuch, der aus je 4 Vor- und Nachtagen und 7 Haupttagen bestand, hat J. die Stickstoffbilanz und die Fettausnutzung unter dem Einfluss des Apentawassers untersucht. Die Stickstoffbilanz war durchweg positiv, d. h. es kam N zum Ansatz, weniger allerdings in der Periode der Wasserzufuhr, als in der Nachperiode. Damit steht in Uebereinstimmung, dass in der Trinkperiode die N-Zufuhr durch den Kot 11,8 pCt. gegen 5,7 pCt. in der Nachperiode betrug. Die Fettausnutzung war in der Trinkperiode 93,7 pCt., in der Nachperiode 97,6 pCt., also in ersterer unwesentlich vermindert. Das Körpergewicht sank während des Versuches von 102,5 auf 98 kg.

Verf. kommt danach zu dem Schluss, dass durch das Apentawasser eine Fetteinschmelzung ohne Schädigung des Eiweissbestandes erzielt worden ist. Die dargereichte Nahrung hatte dabei einen Brennwert von 3053 Cal. (d. h. 29,79 Cal. pro Körperkilo), von denen 452 Cal. durch Eiweiss, 1328 Cal. durch Fett, 1273 Cal. durch Kohlehydrate gedeckt wurden. A. Loewy.

M. Sulzer, Anatomische Untersuchungen über Muskelatrophie artikulären Ursprungs. Aus der Festschrift für Eduard Hagenbach-Burckhardt. 1897.

Die infolge von Gelenkleiden auftretenden Muskelatrophieen werden jetzt im Allgemeinen durch die Vulpian-Paget'sche Reflextheorie zu erklären gesucht, während die Inaktivitätstheorie vernachlässigt wird. Verf.

Digitized by Google

betont dagegen, dass die für die Reflextheorie ins Feld geführten Beweise durchaus nicht vollgültig sind, vielmehr Vieles auf die Inaktivität als den wesentlichsten Faktor hinweist. Ist die Atrophie eine einfache Folge der Inaktivität, so müssen alle aus ihrer Thätigkeit ausgeschalteten Muskeln, also diejenigen, welche nur das erkrankte Gelenk überspringen, atrophisch werden; die noch über ein zweites bewegliches Gelenk ziehenden Muskeln, welche noch funktioniren, dürfen nicht oder nur wenig atrophisch sein. Hanau konnte nur an zwei Präparaten von Fussgelenksankylose starke Atrophie des M. soleus bei Erhaltensein des das Kniegelenk überspringenden Gastrocnemius nachweisen. Ein analoger Befund war bei einer Kniegelenksankylose zu erheben.

Verf. hat nun unter Hanau's Leitung an einer grösseren Zahl von Ankylosen und Gelenkerkrankungen einschlägige Untersuchungen angestellt. Bei einem Fall von knöcherner Hüftgelenksankylose waren ganz durch Fettgewebe ersetzt: Glutaeus minimus, Gemelli, Quadratus femoris, hochgradig verfettet: Glutaeus med., Pyriformis, Obturator int. et ext., Iliacus int., Adductor long. et brev., in mässigem Grade degenerirt: Glutaeus magn. und Adductor magn., völlig normal: Sartorius, Quadriceps, Biceps, Semitendinosus, Psoas. Ebenso verhielt sich ein zweiter Fall von Hüftgelenksankylose, nur dass hier der Iliacus int. normal war, der vielleicht ein kleines Maass von Aktivität bewahrt hatte. Bei zwei Fällen von Sprunggelenksankylose war der Soleus fast ganz in Fettgewebe umgewandelt, der Gastrocnemius sehr gut erhalten.

Von Gelenkentzündungen ohne Ankylose ist ein Fall von linksseitiger frischer tuberkulöser Kniegelenksaffektion, der ohne Verbände behandelt wurde, bemerkenswert. Der linke Rectus ist intakt, die Vasti dagegen zeigen einfache Atrophie. Bei einem Fall von Coxitis tuberculosa fistulosa mit geringer passiver Beweglichkeit mit jahrelanger Bettruhe und dauernder Flexion in Hüft- und Kniegelenk sind auch die bei den Ankylosen intakten Muskeln atrophisch, mit Ausnahme des Gracilis und Psoas, die noch funktioniren konnten. Bei einer alten Gonitis tuberculosa sinistra waren die Vasti fast ganz in Fettgewebe verwandelt, der Rectus nur wenig atrophisch. Auch der kurze Kopf des Biceps zeigte hochgradige Verfettung. Bei einem Fall von Arthritis deformans genu sin. ist das Verhältnis des Rectus und der Vasti dasselbe.

Für die Atrophie der Muskeln bei den Ankylosen kommt nur das Maass der Inaktivität in Betracht; die ganz ausser Thätigkeit gesetzten Muskeln werden durch Fett ersetzt, die in ihrer Thätigkeit nur reducirten höchstens leicht atrophisch. Aber auch bei den Gelenkentzündungen mit passivbeweglichem Gelenk spielt die Inaktivität eine hervorragende Rolle, nach demselben Gesetz, wie es für die ankylotische Atrophie Geltung hat.

M. Rothmann.

H. le Même, Hydarthrose intermittente du genou. Gaz. hedom. 1896, No. 96.

Ausführliche Mitteilung eines auf der Abteilung von Ch. Monod im Hôpit. St. Antoine beobachteten Falles. Vf. meint, dass keine Theorie die Krankheit genügend erklärt. Er selbst erklärt sich gegenüber der Infek-

Digitized by Google

tions- für die Intoxikations-Theorie. Der Häufigkeit der Erkrankung nach steht das Kniegelenk obenan, dann kommt die Schulter, das Tibio-Tarsal-Gelenk. Zuweilen erkranken mehrere Gelenke gleichzeitig. Die freien Zwischenperioden und die Anfälle selbst haben bei jedem einzelnen Pat. jedesmal die gleiche Dauer, ebenso die einzelnen Stadien des Aufsteigens, der Höhe und des Absteigens des jedesmaligen Anfalles. Heilung ist selten, innere Behandlung machtlos. — Zu empfehlen ist die Arthrotomie und dann als Nachkur Massage. P. Güterbock.

A. Guinard, Traitement des anévrysmes de la base du cou par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites. Annal. des mal. de l'oreille etc. 1896, Nov. p. 393.

Seit 1892 hat Verf. die gleichzeitige Ligatur der A. carot. comm. und A. subclav. dextra bei 6 Aneurysmen an der Basis des Halses ausgeführt. Nur eine Operation endete tödlich, und zwar durch Hemiplegie nach fünf Tagen infolge von Erkrankung der A. carotis links. Man soll daher in Zukunft überall, wo diese nicht deutlich pulsirt, von der gleichzeitigen Ligatur der A. carotis und A. subclav. dextra absehen; man soll aber die Operation, über deren Anwendung in einem Fall Verf. in extenso referirt, überall dort jeder anderen Behandlung vorziehen, wo die linksseitige Carotis gesund ist und deutlichen Puls bietet, auch wenn man vor der Operation nicht im stande ist, ganz genau den Ausgangspunkt des Aneurysma zu erkennen. Selbstverständlich gilt dieses nicht für linksseitige Aneurysmen an der Basis des Halses, deren gleichzeitige Ligatur nicht in Frage kommt.
P. Güterbock.

O. Lanz, Erysipel im Anschluss an Osteomyelitis streptomyotica femoris. Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte 1897, 1. Juli.

L. teilt eine interessante Beobachtung mit, welche die spezifische Natur des Streptococcus erysipelatis beweist. Im Anschluss an die Aufmeisselung eines Knochenabscesses im Femur entwickelt sich ein typisches Erysipel; die bei der Operation angelegten Kulturen zeigten, dass der Knochenabscess durch eine Reinkultur von Streptococcen hervorgerufen war; später entwickelte sich noch ein tiefer Streptococcenabscess am Fuss.
M. Borchardt.

A. v. Eiselsberg, Zur Heilung grösserer Defekte der Tibia durch gestielte Hautperiostknochenlappen. Arch. f. klin. Chir. LV. S. 435.

Verf. hat in zwei Fällen das von W. MÜLLER zur Heilung einfacher Pseudarthrosen des Schienbeins angegebene Verfahren der Bildung eines Hautperiostknochenlappens aus der Tibia mit Drehung des Stieles auch für die Deckung grösserer Tibiadefekte mit bestem Erfolg verwendet, indem so ein je 12 und 9 cm langer Knochendefekt dauernd zur Heilung gelangte.

In dem ersten Falle handelte es sich um einen durch Exstirpation eines Sarkoms der Tibia bei einem 34jährigen Manne zu stande gekommenen Defekt, in dem 19 Tage nach der Entfernung des Tumors schon

Digitized by Google

der Versuch gemacht worden war, durch Implantation des Femur eines eben getöteten kleinen Hundes die fehlende Tibia zu ersetzen. Die Heilung war bis auf eine kleine Fistel, die sich indess nicht schliessen wollte und fortwährend Sekret entleerte, erfolgt. Als sich nach vier Monaten etwas übler Geruch eingestellt und die Untersuchung gezeigt hatte, dass der Hundeknochen nur locker im Zellgewebe lag, war derselbe entfernt worden. Zur definitiven Heilung des 12 cm langen Defektes der Tibia wurde nunmehr zunächst die Narbe über demselben excidirt und die Tibia oben und unten angefrischt. Da bei der vorhergegangenen Anfrischung von dem inneren Malleolus nur sehr wenig übrig geblieben war, wurde derselbe jetzt ganz entfernt und der freiliegende, normal aussehende Talus angefrischt. Hierauf wurde aus der Tibia selbst ein Hautperiostknochenlappen geschnitten, dessen Stiel am oberen Rande des Defektes lag und dessen Spitze bis knapp an die Tuberositas heranreichte. Der Hautlappen war etwa 14 cm lang, der Stiel 4 cm breit; der Knochen wurde mittelst der Salzer'schen Circulärsäge eingeschnitten; nur zum Schlusse wurden behufs Mobilisirung einige Meisselschläge ausgeführt. Durch die Entnahme des Lappens war die Markhöhle der Tibia der ganzen Länge nach geöffnet. Der Lappen wurde in seinem Stiele um 180° gedreht und sein freier Rand exakt in die Ränder des Defektes eingenäht. Die Haut an der Stelle, von welcher der Lappen genommen war, liess sich so zusammenziehen, dass nur eine etwa 1 cm breite Wundfläche zurückblieb. Einen Monat nach der Operation war das transplantirte Stück in toto und fest eingeheilt und mit ihm der Tibiadefekt zur Heilung gebracht. Der Pat. konnte mit Hülfe eines leichten Stützapparates, den er später auch fortliess, umhergehen, wobei natürlich die Bewegung im oberen Sprunggelenk aufgehoben war. Nach einem weiteren Monat hatte das transplantirte Knochenstück entschieden an Stärke zugenommen. Der Pat, der dann so vortrefflich umherging, dass er sogar eine Anstellung als Krankenwärter fand, ist ohne Zeichen eines lokalen Recidivs 15 Monate nach der Autoplastik infolge von Metastasen in der Rippe und der Lunge gestorben.

Im zweiten Falle handelt es sich bei einem 8jähr. Knaben um einen Tibiadefekt, der nach complicirter Fraktur zu stande gekommen war. Die Länge des in einer dem ersten Falle analogen Weise transplantirten Knochenstückes betrug 9 cm. Die Wundheilung, sowie die Einheilung des transplantirten Teiles erfolgte reaktionslos, so das der Pat. nach 5 Wochen im Verband umhergehen konnte. Zur Zeit der Publikation, 4 Monate nach der Operation, war durch die Transplantation die Kontinuität der Tibia vollkommen wiederhergestellt und auch hier das transplantirte Stück entschieden stärker geworden. Eine Verkürzung war nicht vorhanden.

Joachimsthal.

A. Nieden, Ueber den Einfluss der Anchylostomiasis auf das Auge. Wien. med. Presse 1897, No. 35.

Wie Verf. berichtet, wird bei den Bergarbeitern im rheinisch-westfälischen Kohlenbecken sehr oft die Anwesenheit des Anchylostomum duodenale, einer Nematode von der Familie der Strongyliden, im Dünndarm beobachtet. Dasselbe nährt sich vom Blutplasma des Menschen, infolgedessen

mehr oder minder hochgradige Anämie aller Körperorgane und Störungen von Seiten des Verdauungskanals auftreten. Bei 180 Kranken fand Verfasser Hämorrhagieen im Augenhintergrund, besonders in den peripheren Teilen der Retina, die häufig herdweise gruppirt sind, punktförmig gestaltet und nahe aneinander gelagert, ohne zu verschmelzen. Oft folgen sie genau dem Gefässverlauf. Daneben finden sich, besonders bei den schwerer Erkrankten, ausgedehnte Blutexsudate in das retinale Gewebe, die papillengrosse, oft noch viel grössere Plaques darstellen mit strahlig ausgezogenen Rändern.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich sklerotische Degeneration des Endothels der Gefässe und Verfettung.

Die Sehstörungen sind meist nicht so sehr durch die retinalen Veränderungen, als durch die allgemeinen Krankheitserscheinungen bedingt. Nur wenn die Gegend des gelben Fleckes die Hauptlagerstätte der Blutflecken darstellt, wird der Patient durch das Auftreten von Skotomen belästigt. Meistens klagen die Kranken über accommodative Schwäche, muskuläre Asthenopie und periodisches Doppelsehen infolge leichter Parese der inneren und äusseren Augenmuskeln. Ferner findet sich häufig eine retinale Schwäche, die sich als Lichtscheu äussert oder auch hemeralopische Zustände bedingt. Hierbei zeigt sich oft eine mässige concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes. Horstmann.

Th. Klingmann, Ueber die Pathogenese des Naphthalinstaares. Virchow's Archiv. Bd. 149. S. 12.

Nach Fütterung mit Naphthalin sah K. bei Kaninchenaugen zunächst eine deutliche Gefässerweiterung, starke Hyperämie, später Blutextravasate im Ciliarkörper, den Ciliarfortsätzen und der Iris auftreten. Darauf erst zeigte sich eine ausgesprochene Iritis bezw. Iridocyclitis, der dann die Trübung der Linse und ebenso der Cornea folgte. Der Naphthalinstaar tritt somit nicht als Primärerkrankung auf, sondern ist eine Folge der Erkrankung der Uvea und steht nicht in Zusammenhang mit der Erkrankung der Retina. Durch das Naphthalin treten im Blute qualitative Veränderungen auf, wodurch ein Reiz auf die Uvea ausgeübt wird und Entzündungsprozesse hier hervorrufen werden, welche die Katarakt zur Folge haben. Horstmann.

Körner, Ueber inspiratorisches Zusammenklappen des blossgelegten Sinus transversus und über Luftembolie. Zeitschrift f. Ohrenheilkde. XXX. S. 231.

Das in der Ueberschrift genannte Symptom beobachtete K. bei einem 4½jährigen Knaben, bei dem akute jauchige Eiterung in beiden Schläfenbeinen, schwere Pyämie mit multiplen jauchig-eitrigen Gelenkmetastasen ausser der Eröffnung dieser letzteren die Ausräumung beider Warzenfortsätze nötig machte. Das Zusammenklappen des Sinus trat bei jeder einem Hustenstosse folgenden tiefen Inspiration ein. Tod 6 Stunden nach der Operation. Keine Sektion. Verf. meint, der plötzliche Beginn vorher gänzlich fehlender Respirationsschwankungen mit einer tiefen, auf einen Husten-

Digitized by Google

stoss folgenden Inspiration lege den Gedanken nahe, dass der Sinus zuerst herzwärts durch einen beim Husten flott gewordenen Thrombus verschlossen gewesen sein könnte. Wo aber die saugende Kraft der Inspiration sich so stark äussert, dass der Sinus zusammenklappt, da würde auch, falls der Sinus bereits eröffnet ist, Luft eingesaugt werden müssen und zum Tode durch Luftembolie führen können. Deshalb darf, nach Verf., der Sinus, wenn er respiratorische Bewegungen zeigt, erst nach Unterbindung der Jugularis eröffnet werden, weil dieser Abschluss nach dem Thorax den einzigen sicheren Schutz gegen Lungenembolie bietet. Da ferner die vorher ganz fehlende inspiratorische Ansaugung plötzlich auftreten könne, so empfehle es sich, die Unterbindung der Jugularis vor Eröffnung des Sinus in allen den Fällen auszuführen, in denen kein fester Verschluss des Blutweges in der Richtung nach dem Herzen nachgewiesen ist.

Schwabach.

Göppert, Untersuchungen über das Mittelohr des Säuglings im gesunden und krankhaften Zustande. Jahrb. f. Kinderheilk. XLV. S. 1.

Verf.'s Untersuchungen, die sich auf ein klinisch wie anatomisch sorgfältig beobachtetes Material von 73 meist herabgekommenen Säuglingen stützen, führen im Wesentlichen zu folgendem Ergebnis:

Schleim und Eiter im Mittelohr sind als pathologischer Vorgang zu betrachten und im Leben stets diagnosticirbar. — Zu Otitis media, für deren Empfänglichkeit das ganze erste Lebensjahr gleichwertig ist, disponiren Schnupfen, Lungen- und Darmerkrankungen, sowie alle mit Erbrechen einhergehenden Krankheiten. — Als klinisch gutartigste Ohraffektion ist die bei Darmerkrankungen anzusehen und wird ihr Zustandekommen wesentlich durch das Erbrechen bedingt. — Mittelohrentzündungen im Gefolge von Schnupfen führen häufiger als andere zur Perforation. — Die Otitis med. purul. beeinflusst im Allgemeinen das Gedeihen des Kindes nicht und steht in keinem ursächlichlichen Zusammenhang mit Pädatrophie. — Die Gefahr allgemeiner Sepsis oder Meningitis ist viel geringer als bei älteren Personen.

M. Leichtentritt.

Busch and Lake, A foreign body in the air passages for nine years; operation removal recovery. Lancet 1897, Sept. 25.

Der Fall ist insofern interessant, als ein Knochen neun Jahre in dem rechten Bronchus eingekeilt war und dann seine Lage änderte, indem er durch den Husten in die Trachea geschleudert wurde und dort eine Stenose hervorrief, die als eine solche spezifischer Natur gedeutet und behandelt wurde. Erst als Anfälle von Dyspnoe eintraten, wurde ein Fremdkörper entdeckt, der sich nach der Entfernung durch die Tracheotomiewunde als ein scharfes Knochenstück entpuppte. Es trat Heilung ein.

W. Lublinski.

M. Sympson, Notes of a case of chronic superficial dissecting glossitis. Brit. med. journ. 1897, Sept. 11.

Dieser Fall von Leucoplakia linguae wurde innerlich mit Nux vomica und später mit Eisen behandelt. Lokal wurde als Mundwasser Borax mit

Glycerin angewendet und eine Einpinselung von Chromsäure (0,6 : 30,0), die 8—9mal doppelt so stark genommen wurde. Unter dieser Behandlung wurde die Zunge schmäler, die Leucomflecken verschwanden, die Risse schlossen sich, so dass in 3 Monaten die Zunge fast normal wurde.

W. Lublinski.

Wassermann, Ueber Gonococcenkultur und Gonococcengift. Berlin. klin. Wochenschr. 1897, No. 32.

Nachdem W. zahlreiche in der Litteratur angegebene Nährböden für Gonococcen geprüft hat und zu dem Resultate gekommen war, dass der Gonococcus auf allen den Nährböden genügend sicher wächst, welche uncoagulirtes Serumalbumin, sowie Pepton enthalten, war es sein Bestreben, einen Zusatz zu dem Serum zu finden, welcher ermöglicht, dasselbe zu kochen, ohne dass Gerinnung eintritt. Während die Alkalien, welche sich mit dem Albumin zu Alkalialbuminat verbinden, gleichzeitig entwicklungshemmend wirkten, zeigte sich das Caseïnnatriumphosphat, welches unter dem Namen Nutrose in den Handel kommt, als geeigneter Zusatz. W. bereitete seinen Nährboden folgendermassen: In einem Erlenmeyer'schen Kölbchen verdünnte er 15 ccm Schweineserum mit 30—35 ccm Wasser, fügte 2—3 ccm Glycerin hinzu und endlich 0,8 g, also 2 pCt. Nutrose. Das Ganze wurde gut geschüttelt und anfangs über freier Flamme gekocht, dann im Dampftopf sterilisirt. Ist das Serum sehr eiweissreich, sodass das Gemisch zu einer gelatinösen Masse erstarrt, so ist das Serum etwas stärker zu verdünnen. Für das Plattenverfahren vermischte er die gewonnene Masse mit der gleichen Menge flüssig gemachten und auf 50—60° abgekühlten 2proc. Agars. Siedender Agar darf nicht verwandt werden, da sonst das Serumalbumin zum Teil gerinnt.

Auf dem beschriebenen Nährboden wuchsen Gonococcen leicht in typischer Form. Auf flüssigem Nährboden, welcher so gewonnen wird, dass statt Agar Nährbouillon zugefügt wird, wuchsen die Gonococcen ebenfalls reichlich und bildeten ein spezifisches Toxin. Dieses Gift ist in der Substanz des Gonococcus selbst enthalten und wird beim Zugrundegehen der Bakterien frei, ähnlich wie dies Pfeiffer für die Choleravibrionen nachwies. Kleinste Mengen des Giftes erzeugen Entzündung an der Applikationsstelle, Fieber, Schwellung der regionären Lymphdrüsen, starke Muskel- und Gelenkschmerzen. Eine Immunisirung gegen dieses Gift war W. nicht möglich. Danach dürften sich die Gelenk- und Muskelschmerzen bei Gonorrhoe und Schwellungen von Gelenken, ohne dass der Mikroorganismus nachzuweisen ist, als eine Toxinwirkung erklären, ebenso werden dadurch die Befunde und Symptome der chronisch-gonorrhoischen Entzündungen des weiblichen Genitalapparates klarer.

H. Bischoff.

Engelmann, Zur Serumtherapie des Tetanus. Münch. med. Wochenschrift 1897, No. 32—34.

Verf. giebt zunächst die Krankengeschichte zweier von ihm mittelst Tizzoni'schen Antitoxins behandelter Tetannsfälle und stellt sodann aus der Litteratur 36 Fälle, welche mit Tizzoni'schem, und 18 Fälle, welche mit

Digitized by Google

verlust an der Zungenspitze, sowie Schwellung und Rötung des rechten oberen Augenlides und der Conjunctiva. Bei einem Arzte endlich, der niemals Antipyrin genommen hatte, bestanden in der Glutaealgegend zwei Pigmentflecke und eine streng halbseitige Pigmentirung der Penis- und Scrotalhaut. Die in der Regel dunkelgrau gefärbten Partieen wurden ab und zu akut rot, etwas erhaben und juckend. Nach dem Gebrauche von Antipyrin trat diese erythematöse Umwandlung bald auf, bald blieb sie aus. Es erscheint also auch bei Personen, die zu einem Antipyrinexanthem disponirt sind, dieses nicht jederzeit und oft beschränkt es sich auf bestimmte Stellen, die vorher der Sitz eines, sei es durch Antipyrin, sei es durch eine andere Noxe veranlassten Erythems gewesen sind. Worauf die Disposition für solche Erytheme beruht, ist noch rätselhaft; nach Ansicht des Verf.'s ist sie nicht notwendig in einer Eigentümlichkeit des Nervensystems, sondern vielleicht auch in einer persönlichen zeitlichen und örtlichen Verschiedenheit der die Capillarwand bildenden Zellen zu suchen.

H. Müller.

H. Metall, Notiz über die Anwendung der Somatose bei Syphilis. (Aus der Abteil. f. Syphilis der Wien. allgem. Poliklinik.) Wien. klin. Rundschau 1897, No. 36.

Während heruntergekommene anämische und kachektische Individuen mit maligner Syphilis durch Quecksilberkuren gewöhnlich mehr geschädigt als gebessert werden, vertrugen solche Patienten, wenn ihnen als Roborans Somatose gereicht wurde, Sublimatinjektionen ausgezeichnet und der Zerfall der syphilitischen Infiltrate machte bei ihnen keine weiteren Fortschritte. H. Müller.

H. C. Coë, Caesarean section; suture of the uterus versus total exstirpation. Med. News 1896, May 30.

Abgesehen von den Argumenten, die zu Gunsten der Porro'schen Operation allgemein anerkannt sind, sollte bei der Wahl des Verfahrens auch die Ueberlegung leiten, ob für die Parturiens eine neue Schwangerschaft wünschenswert erscheint. In solchen Fällen ist die Totalexstirpation der Unterbindung der Tuben oder Entfernung der Adnexe vorzuziehen. Bei Abwägung der Chancen des konservativen Verfahrens und der Totalexstirpation wird für die letztere die kurze Dauer der Operation ins Feld geführt. Verf. hat mit Klemmen in 5 Minuten, mit Ligaturen in 10 Minuten operirt.

Verf. ist der Ansicht, dass bei unehelich Geschwängerten oder bei Armen, die der Gemeinde mit ihren Sprösslingen zur Last fallen, im Interesse des Staates der Uterus zu entfernen ist. A. Martin.

Howitz, Un nouveau traitement des fibromes de la matrice. Annales de gynéc. etc. 1896, Déc.

Angeregt durch eine Beobachtung von fast vollständigem Verschwinden eines kindskopfgrossen Myoms während der drei Monate dauernden Lactation hat der Verfasser in 7 Fällen von mässig grossen Uterusmyomen die

Behandlung durch künstliche Saugebewegungen an den Brustwarzen eingeleitet. Bei 4 Patientinnen trat im Verlauf von 1—2 Monaten Milchsekretion auf. Bei 3 war eine beträchtliche Verkleinerung der Tumoren, bei 3 ein Stillstand im Wachstum festzustellen. Der Vf. hofft von einer längeren Dauer der Behandlung und besonders von einer der Häufigkeit des kindlichen Saugens entsprechenden energischeren Aspiration noch bessere Resultate. Die Technik dieser künstlichen Aspirationen der Brustwarzen selbst wird vom Verf. verschwiegen. A. Martin.

Sébilleau, Traitement des polypes de l'utérus. Causerie de l'hôpital Cochin. Gaz. méd. 1897, No. 2.

Dünngestielte Polypen werden nach vorausgegangener Torsion, dickere nach vorhergegangener Unterbindung mit der Scheere oder bei Zugänglichkeit der Stielbasis mit dem Thermocauter abgetragen. Bei kleinen und gestielten, in der Vagina sichtbaren genügt blosse Torsion, dicker gestielte oder im Uteruscavum gänzlich verborgene werden nach vorheriger Dilatation des Cervix durch Quellstifte abgedreht oder abgeschnitten. Bei sehr dick gestielten Tumoren, deren Entfernung selbst durch den künstlich gedehnten Cervix nicht möglich ist, wird am besten nach querer Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes und Ablösung des Peritoneums nach oben, die Spaltung der vorderen Uteruswand bis zur Wurzel des Polypen ausgeführt.
A. Martin.

---

1) **Gottschalk,** Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den malignen placentarvillösen Geschwülsten. Arch. f. Gynäk. 1896. LI. S. 56. Mit 6 Abbildgn.
2) **Runge,** Ein neuer Fall von bösartigem Tumor der Chorionzotten. Ebenda. S. 185.

1) G. hat einen von Tannen wegen Sarcoma ut. deciduo-cellulare exstirpirten Uterus (veröffentlicht im 49. Bande des Archivs) mikroskopisch untersucht. Er rechnet die Geschwulst in die Kategorie der bösartigen placentarvillösen Geschwülste nach Blasenmole. Sowohl Langhans'sche Schicht wie Syncytium (dies als Hauptbestandteil) beteiligen sich am Aufbau. Sie wuchern in unmittelbarer Berührung mit dem mütterlichen Blute und bedürfen desselben. Verf. verteidigt in ausführlicher Polemik seine früher ausgesprochene Ansicht, dass die ganze Zotte entarten könne. Die verschiedenen Strukturbilder erklären sich, je nachdem eine oder die andere Schicht hervorragend beteiligt sei.

2) Der Fall reiht sich als dritter an die von Apfelstedt und Aschoff aus der Göttinger Klinik veröffentlichten an. Eine 44jährige Frau, Mehrgebärende, hat seit 5 Monaten unregelmässige Blutungen. Diagnose: Myom. Supravaginale Amputation. Die Untersuchung ergiebt, dass es sich um Reste einer Blasenmole und sog. Choriocarcinom handelt. Ein Vierteljahr nach der Operation ist Pat. noch recidivfrei. P. Strassmann.

Rosenthal, Ueber Zellen mit Eigenbewegung des Inhaltes beim Carcinom des Menschen und über die sogenannten Zelleneinschlüsse auf Grund von

Untersuchungen an lebensfrischem Material. (Mit 53 Abbildgn.) Archiv f. Gynäk. LI. S. 104.

Zellen aus lebensfrischen und lebenswarmen Carcinomen (insgesammt von 57 Fällen) wurden in 37° warmer steriler 0,6proc. NaCl Lösung, Bouillon oder Serum auf hohlgeschliffenem Objektträger und im hängenden Tropfen unter Luftabschluss untersucht. Zu längerer Beobachtung wurde ein heizbares Mikroskop mit konstanter Temperatur verwendet. Frische sterile Stücke wurden durch Paraffineinschluss konservirt. Viele sog. Zelleinschlüsse, die oberflächlich als Parasiten imponiren können, sind einmal nicht für die Carcinomzelle charakteristisch und dann auch auf natürliche Weise zu erklären: verschiedene Zellform, doppelte Contur infolge fettiger oder colloider Degeneration, Kernvermehrung, seltenere Mitosen. Besonders geschildert werden die Körnchenzellen (fettige Degeneration oder Infiltration) und die Glaskugeln (leere Zellkapseln in aufgequollenem Zustande). — Bei einer Gruppe von Körnchenzellen wurden molekulare Bewegungen beobachtet und Austritt von Körnchen (Aussaat?). Diese Körner sollen weder fettiger Natur sein, noch Eiweissreaktion geben, noch Coccen sein. Verf. lässt es offen, ob es sich bei der Bewegung um chemische Verbindungen oder um eine Sporulation irgendwelcher Art handelt. Jedenfalls aber haben diese Vorgänge im Carcinom nichts zu thun mit wahren Parasiten und Keimen, wie sie bei der Coccidienkrankheit etc. sich finden. Verf. fordert zu weiteren Untersuchungen an frischem lebenden Materiale auf.

P. Strassmann.

E. Häusermann, Die Assimilation des Eisens. (Aus dem Laboratorium des Herrn Prof. Bunge in Basel.) Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S. 555.

Junge Tiere werden nach Schluss der Lactationsperiode teils mit Milch und Reis, teils mit Milch und Reis und einem Zusatze von Eisen oder Hämoglobin, teils mit gemischter Kost gefüttert. Die Tiere werden nach einiger Zeit getötet und der Gesammthämoglobingehalt des Körpers ohne Fell, Darmtractus und Blase bestimmt. Bei Ratten erhöht der Zusatz von Fe die Hämoglobinmenge nicht, wohl aber thut dies der Zusatz von Hämoglobin. Die höchsten Werte werden bei gemischter vegetabilischer Nahrung erreicht. Der Gesammteisengehalt steigt bei Zusatz von Fe bei einer Versuchsreihe ohne Erhöhung des Hämoglobingehaltes. Bei Kaninchen tritt eine geringe Steigerung des Hämoglobins bei Eisenzugabe ein, welche Verf. als nicht beweisend ansieht, bei gemischter Nahrung wird bedeutende Steigerung beobachtet. Bei Hunden ist die gleiche Erscheinung wie bei Kaninchen. Die Vermehrung des Hämoglobins ist hier bei Fütterung von Fleisch und Knochen nicht so deutlich. — „Wenn also ein Anämischer normal genährt wird, so liegt in keinem Falle ein Grund vor, aus der Apotheke noch Eisen zu beziehen und dieser Nahrung hinzuzufügen als Material zur Hämoglobinbildung.“ Dies Resultat für die Praxis zieht Verf. aus seinen Versuchen.

Wendelstadt (Bonn).

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 27. November. No. 48.

Inhalt: Horbaczewski, Ueber krystallisirtes Xanthin und Guanin. — Nuttal und Thierfelder, Ueber tierisches Leben ohne Bakterien. — Zoja, Zersetzung des Elastins durch Rauschbrandbacillen. — Herxheimer, Ueber die Verwendung des Kalkbrotes. — Benda, Ueber das primäre Carcinom der Pleura. Browicz, Zur Kenntnis des Kerns der Leberzellen. — Kaczanowski, Congenitale Blutcysten. — Spitzer, Geschwulstbildung durch Raupenhaare. — Wolff, Resektion der tuberkulösen Gelenke. — Championnière, Behandlung von Frakturen ohne Gypsverband. — Kuhnt, Behandlung der Conjunctivitis granulosa. — Snellen, Zur Behandlung des Keratoconus. — de Fouroeray, Fall von Epitheliom der Paukenhöhle. — Cohen-Tervaert und de Jong, Fall von Lymphangio-Sarkom des Gehörganges. — Lenzmann, Operation der adenoiden Vegetationen. — Huber und Blumenthal, Antitoxische Wirkung des Blutes. — Beates, Ueber die Wirkung des Digitins. — Marfan, Fall von Obliteration des Torcular Herophili. — Guidi, Aetiologie des Soors. — Geigel, Folgen der Trieuspidalinsufficienz. — Salomonson, Berufsleiden der Diamantschleifer. — Rouget, Endigung der sensiblen Nerven in den Muskeln. — Placzek, Ueber intrauterin entstandene Armlähmung. — Monro, Angeborene Incontinentia urinae. — Déjérine und Petreen, Habel, Moxter, Schwarz, Macdonald, Ueber Tabes. — Higier, Morgan, Ueber Aphasie. — Hahn, Ueber die Aspirationsbehandlung der Leistenbubonen. — Blobbaum, Ueber Syphilis der Nase, des Rachens u. s. w. und die Chromwasserkur. — Pillier und Soulioout, Ueber hämorrhagische, parenchymatöse Metritis. — Glaevecke, Impetigo herpetiformis. — Hellin, Ueber den wirksamen Bestandteil der Schilddrüse.

A. Horbaczewski, Ueber krystallisirtes Xanthin und Guanin. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXIII. S. 226.

I. Xanthin, welches als amorphes Pulver beschrieben wird, kann mit 1 Mol. Krystallwasser in schönen, farblosen, glänzenden Krystalldrusen erhalten werden, wenn man 1 g Xanthin in wenig Natronlauge löst, auf 2 Liter verdünnt, erwärmt und dann mit Essigsäure ansäuert. Beim Stehen krystallisirt das Xanthin mit 1 Mol. Krystallwasser aus. Die Verbindung lässt sich im Vacuum, ja selbst bei 110° ohne Veränderung trocknen, bei 125—130° werden die Krystalle matt und undurchsichtig und verlieren ihr Krystallwasser. Die Kenntnis dieser Eigenschaft des Xanthins ist sehr wichtig zur Charakterisirung desselben, sowie in analytischer Beziehung. Es ergiebt sich daraus, dass man das Xanthin zum Zweck der Analyse bei 130° trocknen muss.

II. Auch das Guanin kann unter ähnlichen Bedingungen krystallisirt erhalten werden, zweckmässiger jedoch aus der wässerig-alkoholischen Lösung. Es krystallisirt wasserfrei und nimmt auch bei 130° nicht an Gewicht ab. E. Salkowski.

H. Nuttal und **H. Thierfelder,** Tierisches Leben ohne Bakterien im Verdauungskanal. Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S 231.

Die Verff. haben früher gezeigt, dass es gelingt, Meerschweinchen am Leben zu erhalten und zum Wachstum zu bringen ohne Bakterien im Darmkanal. Da Hühner sofort nach dem Auskriechen von selbst fressen, so schienen sie für manche bakteriologische Versuche geeigneter zu sein; dies um so mehr, als es sich zeigte, dass der Darmkanal von frisch ausgeschlüpften Hühnchen keine Bakterien enthält. Dennoch scheiterten die mit allen Cautelen angestellten Versuche daran, dass die u. A. zur Nahrung gegebenen feingehackten Eier in Fäulnis übergingen. Bei der Nachforschung nach der Quelle der Bakterien ergab sich, dass die Eischale bakterienhaltig ist. Die Bakterien setzen sich augenscheinlich schon innerhalb des Oviducts, bevor und während die Bildung der Eischale erfolgt, auf der Schalenhaut fest. E. Salkowski.

L. Zoja, Untersuchungen über die Zersetzung des Elastin durch anaërobe Mikroorganismen. Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S. 236.

Elastin aus dem Ligamentum nuchae des Rindes wurde in der von Hoppe-Seyler konstruirten Flasche unter Luftabschluss sterilisirt, mit Rauschbrandbacillen inficirt und die noch vorhandene Luft durch Stickstoff verdrängt. Die Gasentwicklung begann am 4. und dauerte bis zum 44. Tage. Das Gas roch nach Mercaptan, enthielt anfangs 67,76 pCt., gegen Ende 99,15 pCt. Kohlensäure, ausserdem Stickstoff, Wasserstoff und Methan. Von 250 g Elastin waren nach 44 Tagen 79 g in Lösung gegangen. Als Produkte der Gährung fanden sich Mercaptan (kein Schwefelwasserstoff), Valeriansäure und Buttersäure in äquivalenten Verhältnissen: von ersterer 3,663 g, von letzterer 3,2255 g, sehr geringe Mengen Oxysäure, mit Wahrscheinlichkeit Phenylpropionsäure. Vergeblich untersucht wurde auch Indol, Skatol, Phenol, Kresol, Skatolessigsäure, Ameisensäure, Essigsäure, Propionsäure. E. Salkowski.

G. Herxheimer, Untersuchungen über die therapeutische Verwendung des Kalkbrotes. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 20.

Verf. hat unter v. Noorden weitere Untersuchungen über den Einfluss des kohlensauren Kalkes auf den Stoffwechsel unternommen. Der Versuch, den er an sich selbst anstellte, dauerte 11 Tage. Der Kalk wurde in Roggenbrot verbacken (sog. Gichtikerbrot von Rademann) genommen, und zwar wurden vom 4. bis zum 8. Versuchstage ca. 300 g eines 6 pCt. kohlensauren Kalk enthaltenden Brotes, vom 9. bis 11. Tage ebensoviel eines 2proc. genommen; der Harn wurde auf Stickstoff, Harnsäure, Kalk, Gesammtphosphorsäure und Mononatriumphosphat untersucht, der Kot auf Stickstoff, Kalk, Gesammtphosphorsäure.

Digitized by Google

Es ergab sich Folgendes: 1. Die N-Bilanz wurde durch das Kalkbrot nicht deutlich beeinflusst. 2. Auch die Harnsäureausscheidung wurde nicht geändert. 3. Der in Menge von 68,4 g einverleibte Kalk erschien nicht vollständig in den Ausscheidungen wieder, vielmehr blieben 15,9 g im Körper zurück. Der ausgeschiedene Kalk erschien am 4. bis 8. Tage zu 92,5 pCt., am 9. bis 11. Tage zu 87,6 pCt. im Kote, nur zu 7,5 bezw. 12,4 pCt. im Harn. 4. Die Gesammtphosphorsäure-Ausscheidung blieb annähernd gleich, aber ihre Verteilung änderte sich, sie sank im Harn und stieg dafür im Kot. — Die Verminderung der Harnphosphorsäure betraf vorwiegend das saure Phosphat, das von 1,103 g in der Vorperiode, auf 0,415 in der zweiten und 0,291 g in der dritten Periode sank, d. h. auf 37,6 bezw. 26,4 pCt., während das Dinatriumphosphat in der zweiten Periode auf 84,8 pCt. sank (von 1,423 g auf 1,208 g), um in der dritten Periode auf 116,6 pCt. (= 1,66 g) zu steigen. — Damit in Zusammenhang nahm der Harn schwach saure bis amphotere Reaktion an, ja am 7. und 8. Tage alkalische unter Ausfall von Phosphaten.

Auf die feine Verteilung des Kalkes im Brote führt Verf. es zurück, dass er mit 18 g pro die eine stärkere Beeinflussung des Harnes erzielte, als bei ähnlichen Versuchen Strauss mit 30 g in Pulverform gereichten. Um den Uebergang des Harns in alkalische Reaktion zu vermeiden, empfiehlt Verf., nur 250 g eines 5proc. Kalkbrotes, und zwar in 5 bis 8 Wochen dauernden Perioden zu geben. A. Loewy.

C. Benda, Ueber das primäre Carcinom der Pleura. Deutsche med. Wochenschrift 1897, No. 21.

Ein 54jähriger Mann, bei dem seit einem Jahre eines linksseitigen Pleuraexsudats wegen wiederholte Punktionen vorgenommen wurden, unterzog sich endlich einer Rippenresektion, bei der eine ausgedehnte krebsige Geschwulstentwicklung auf der Pleura konstatirt wurde. 14 Tage später ging Pat. nach eitriger Umwandlung des Exsudats an Pyämie zu Grunde. Aus dem Exsudat liess sich der Bacillus pyocyaneus züchten; derselbe fand sich neben Streptococcen in den metastatischen Abscessen der Nieren und der Haut. Die ganze linke Pleura war mit kaum kirschgrossen Geschwulstknoten bedeckt; in einzelnen Stellen finden sich strangförmige, geschwulstartige Verwachsungen zwischen beiden Pleuren. Stellenweise ist die Pleura diffus verdickt; die Lunge zeigt Kompressionsatelektase.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste zeigt Zellen von epithelartigem Charakter und ein Stroma. An der Oberfläche besteht reiche Zottenbildung mit hohem Cylinderepithel; in der Tiefe ordnen sich die epithelartigen Zellen zu Alveolen und Strängen. Die Hauptentwicklung der Geschwulst hat oberhalb der elastischen Schicht der Pleura stattgefunden; doch ist letztere an einzelnen Stellen durchbrochen. Es lässt sich nun ein vollständiger Formübergang zwischen dem Oberflächenendothel der Pleura und den cylindrischen Geschwulstzellen konstatiren.

Nachdem die neueren Untersuchungen, vor allem der Gebrüder Hertwig, ergeben haben, dass für die Pleura-Peritonealhöhle der Begriff „Endothel" aufzugeben ist, und wir es mit echten Epithelien zu thun haben, hat

Digitized by Google

die Entstehung eines primären Pleura-Carcinoms nichts Wunderbares mehr. Diese Geschwülste gehen vom Oberflächenepithel aus und nicht von den Endothelien der Lymph- und Blutgefässe. Die anders gedeuteten Fälle von A. Fränkel, Wagner und Böhme hält Verf. für völlig identisch mit dem hier beschriebenen. Eine Sonderstellung nehmen diese Pleura-Carcinome ein durch die enorme Flächenausbreitung, das geringe Tiefenwachstum und das Fehlen der Metastasen. M. Rothmann.

T. Browicz, Ueber Befunde im Kerne der Leberzellen, welche für die sekretorische Funktion des Kernes sprechen. Anzeiger der Akademie der Wissensch. in Krakau. 1897, April.

Bei Untersuchungen über das Verhalten der Leberzellen bei Gallenstauung fand Verf. in den Kernen der Leberzellen körnige, braun-gelbe Pigmentablagerungen, oft in Vacuolen gelegen. In zahlreichen Leberzellen, deren Kerne Pigmentablagerungen enthielten, war das Protoplasma völlig frei davon. Auch die intercellulären Gallengänge sind nicht durch Gallenablagerungen markirt. Das intraprotoplasmatische Netz von Gallengängen hat nichts mit diesen Pigmentablagerungen zu thun; das Pigment ist offenbar im Kern der Leberzelle selbst entstanden. Die unter abnormen Umständen secernirende Leberzelle kann schon intracellulär, in Kern und Protoplasma, chemisch veränderte, pigmentreiche Galle absondern. Bei intraacinöser Blutstauung wird den Leberzellen reichlicher Hämoglobin zugeführt und der Blutstrom verlangsamt, so dass es zur intracellulären Ablagerung von Gallenpigmenten in Form krystallinischer Ablagerungen kommt. Die Pigmentablagerung im Kern findet in präformirten ständigen Räumen statt, die in pathologischen Zuständen der Leberzellen die Grundlage zur Vakuolisation des ruhenden Kerns sind. M. Rothmann.

P. Kaczanowsky, Ein Fall von kongenitaler Blutcyste des Halses und der Fossa axillaris. D. Zeitschr. f. Chir. XLIV. S. 409.

Die höckerigen Tumoren, von denen der eine links am Halse faustgross, der andere am unteren Rande des Pectoralis sich zu diesem erstreckende etwas kleiner war, sind nach Angabe der Mutter und Hebamme bei dem 4monatlichen Kinde angeboren gewesen. Sie haben sich aber in den letzten 2 Monaten sehr vergrössert und erscheinen unter der stark gespannten Haut so hart, dass kaum Fluktuation zu fühlen war. Druck ergab keine Grössenabnahme des Tumors; Punktion mit der Pravaz'schen Spritze erwies venöses Blut. Nach zwei Wochen begann dann der Tumor stark zu wachsen, ging aber auf Bindenkompression zurück, so dass nach weiteren 4 Monaten nichts mehr von ihm zu fühlen war.

P. Güterbock.

L. Spitzer, Ueber eine Geschwulstbildung durch Raupenhaare. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 26.

Bei dem betreffenden Patienten fand sich eine halbkugelige, mit der Umgebung fest verwachsene Geschwulst auf dem Fussrücken. Durch die

bläulich verfärbte, verdünnte Haut schimmerten zahlreiche hirsekorngrosse, gelbliche Knötchen hindurch. Die exstirpirte Geschwulst zeigte auf dem Durchschnitt ein gefässarmes Stroma, in welchem eine grosse Menge Knötchen eingebettet waren. Mikroskopisch hatten die Knoten einige Aehnlichkeit mit Tuberkeln, zeigten aber nirgends Verkäsung. Es fand sich eine periphere Zone von Rundzellen, nach innen folgte eine Zone epithelioider Zellen mit Riesenzellen, dann wieder Rundzellen. Im Centrum fand sich ein Fremdkörper, den Sp. als Teil eines Haares — wahrscheinlich von Bombyx Rubi des Brombeerspinners — erkannte. Sp. deutet den pathologischen Vorgang als chronische, knotige Lymphangoitis.

M. Borchardt.

O. Wolff, Beiträge zur Resektion der tuberkulösen Gelenke. D. Zeitschr. f. Chir. XLV. S. 160.

In der chirurgischen Abteilung des Kölner Bürgerhospitals wird in frischen Fällen von Gelenkstuberkulose zunächst die konservative Behandlung eingeleitet. Tritt nach längerer Zeit hierbei keine Besserung ein, macht sich im Gegenteil eine Verschlimmerung bemerkbar, welche sich durch stärkere Anschwellung, Abscessbildung, Fieber, Verfall der Kräfte u. dgl. m. äussert, so wird nicht mehr gezögert, den operativen Weg zu betreten. Kommen andererseits Fälle zur Behandlung, in denen schon eine stärkere Destruktion des Gelenkes mit Abscess- oder Fistelbildung besteht, so wird unverzüglich zur Operation geschritten, bei der in schonungsloser Weise alles, was krank ist oder auch nur verdächtig erscheint, wie bei einer bösartigen Neubildung entfernt wird. Um aber so ganz im Gesunden operiren zu können, ist es nötig, das erkrankte Gelenk mit allen seinen Recessus und Taschen dem Auge und damit dem Messer zugänglich zu machen. Die gründliche Uebersicht des Operationsfeldes, die Gewissheit, nichts Krankes zurückgelassen zu haben, liefert zugleich eine gute Garantie für das Zustandekommen der Primärheilung, die man natürlich stets anstreben wird; möglichst antiseptisches oder aseptisches Verfahren ist Grundbedingung. In Fällen, in denen das Gelenk mit putridem, coccenhaltigen Eiter angefüllt war, in denen Fisteln mit schmutziger Sekretion bestanden, hat Bardenheuer am Hüft-, Knie-, Ellbogen- und Schultergelenk extrakapsulär operirt, d. h. das zu resecirende Gelenk in toto entfernt ohne vorherige Eröffnung der Kapsel.

Je grösser der nach der Resektion entstehende Defekt ist, um so grösser wird die Wundhöhle mit ihren Gefahren der Stagnation der Sekrete, der Zersetzung und Eiterung; möglichste Ausschaltung fördert den Heilverlauf. Bardenheuer sucht daher die Höhlen dadurch zu eliminiren, dass er die Resektionsflächen der Knochen aneinander bringt oder sie des grösseren Flächenkontakts wegen ineinander schiebt; die grösste und tiefste Wundhöhle entsteht bei der Resectio coxae nach der Entfernung des Femurkopfes und der Ausmeisselung der Pfanne. Bardenheuer schiebt hier den Femurschaft mit seinem Resektionsende in fast rechtwinklig abducirter Stellung in die Pfannenhöhle hinein und erzielt dadurch eine feste knöcherne Ankylose in der Hüfte bei meist reaktionslosem Wundverlauf. Wenn die Konsolidirung zwischen Femur und Becken eingetreten ist, adducirt man

Digitized by Google

allmählich durch Extensionszüge das kranke Bein ans gesunde, was durch die Senkung des fixirten Beckens ermöglicht wird, die ihrerseits wieder durch eine kompensatorische Skoliose der Wirbelsäule einen Ausgleich findet. So resultirt eine scheinbare Verlängernng des operirten Beines und dem Patienten bleibt der hohe Schuh erspart, auf den die im Hüftgelenk Resecirten sonst in der Regel angewiesen sind. Um den implantirten Knochen einen sichern Halt zu geben, werden sie vernagelt. Das Femurende wird nach der Resectio coxae an den oberen, dem Os ilei angehörenden Wundrand angenagelt oder mit Silberdraht angenäht. Am Fuss bedient man sich zweier vernickelter Stahlnägel, die in seitlicher Richtung durch Tibia nnd Fibula in die zwischen oder vor diesen liegenden Fussknochen geschlagen werden. Man lässt ihre Köpfe aus dem nacher angelegten Gypsverband herausragen; dann können sie nach eingetretener Lockernng — in der Regel nach 5—10 Tagen — extrahirt werden, ohne dass man genötigt wäre, den ganzen Verband zu entfernen. Joachimsthal.

L. Championnière, Traitement sans immobilisation avec massage immédiat des fractures dans lesquelles les fragments sont naturellement mobiles; résultats immédiats et éloignés. Gaz. hebdom. 1897, No. 697. p. 819.

Die von dem Autor schon 1884 empfohlene Methode der systematischen Behandlung der Frakturen mit Massage unter möglichstem Verzicht auf immobilisirende Verbände hat ihm weiter gute Resultate gebracht. So wurden allein in den letzten $2^1/_2$ Jahren 40 Clavicularfrakturen, 14 Brüche am oberen, 5 am unteren Ende des Humerus, 5 Olecranonfrakturen, 5 Ellbogengelenksbrüche und 47 typische Radiusfrakturen auf schnelle und gute Weise zur Heilung gebracht. Joachimsthal.

H. Kuhnt, Ueber die Behandlung der Conjunctivitis granulosa trachomatosa. D. med. Wochenschr. 1897, No. 38.

Nach K. sind die Conjunctivitis granulosa und follicularis zwei auf besonderer Infektion beruhende selbständige Erkrankungen. Besteht neben der Granulose ein Lidkrampf, eine Blepharophimosis, ein Thränensackleiden oder eine fehlerhafte Stellung der Cilien, so sind diese womöglich vorerst zu beseitigen. Die Therapie gegen den granulösen Prozess ist nicht nur dem vorliegenden Stadium und der speziellen Form anzupassen, sondern auch mit Berücksichtigung der äusseren und individuellen Verhältnisse zu wählen. Von entscheidender Bedeutung bleibt nebstdem für die Wahl der Behandlungsart der Umstand, ob der Kranke in einer immunen oder durchseuchten Gegend wohnt, ferner, ob er nach erlangter Heilung in einen Granulosaherd zurückkehren muss oder nicht. Nur für die leichten Fälle in immunen oder annähernd immunen Gegenden ist eine rein medikamentöse Behandlnng am Platze. Für alle ernsteren Fälle kommen die die Körner isolirt zerstörenden Verfahren, die Galvanocaustik und die mechanischen bezw. operativen Methoden in Frage. Die wirksamsten mechanischen Methoden sind die der Ausqnetschung und der Ausrollung. Bei gleichzeitiger Tarsusschwellung oder -Infiltration ist der Ausqnetschung

Digitized by Google

bezw. Rollung eine ergiebige Stichelung vorauszuschicken. In pandemisch durchseuchten Gegenden folgen sowohl der Aussengung wie der Ausquetschung und Ausrollung häufig und schnell Recidive bezw. Reïninfektionen. Den chirurgischen Verfahren, Excision der Uebergangsfalte, haften, wenn sie in richtiger Weise und an der rechten Stelle ausgeführt werden, keinerlei schlimme Folgen an. In den stark durchseuchten Bezirken Ostpreussens konnten bisher nur hierdurch Dauerheilungen erzielt werden. Der mechanischen ebenso wie der chirurgischen Behandlung hat sich in den meisten Fällen eine medikamentöse Nachbehandlung anzuschliessen.

Horstmann.

H. Snellen, Zur Behandlung des Keratoconus. v. Graefe's Archiv f. Ophthalmol. XLIV. (1.) S. 103.

Da die operative Behandlung des Keratoconus bisher in ihrem Erfolge eine sehr unsichere war, auch die Korrektion mit hyperbolisch geschliffenen Gläsern nach Rählmann nicht den Erwartungen entsprach, hat Snellen einen stenopäischen Spalt hergestellt, der der doppelten Forderung gerecht wurde, die Diffusionsstrahlen abzuhalten und zugleich das Gesichtsfeld gross genug zu lassen, um beim Lesen in gewöhnlichem Abstand das Ueberblicken einer ganzen Zeile zu ermöglichen. Der Spalt war breit in der Peripherie, verengerte sich nach dem Centrum und endete dort in einem scharfen Punkte. Besonders wenn sich der Spalt von links nach rechts verengerte, so konnten die Patt. nach einiger Uebung ohne Schwierigkeit binocular sehen. In einem Falle besserte sich beim Gebrauch desselben die Sehschärfe um etwa das Zehnfache. Horstmann.

H. de Fourgeray, Un cas d'épithélioma primitif de la caisse du tympan développé à la suite d'une otite moyenne purulente chronique datant de 12 ans. Annal. des mal. de l'or. etc. 1897. S. 122.

Der Fall betrifft eine 43jähr. Frau, die seit 12 Jahren an linksseitiger Otorrhoe litt. Facialisparalyse und heftige, Tag und Nacht anhaltende Schmerzen, Schwellung und Durchbruch des Eiters am Proc. mast. veranlasste den Vf., die Ausräumung des Mittelohrs nach Stacke vorzunehmen, wobei sich zeigte, dass der Prozess das Tegmen tympani zerstört hatte. Trotz vorübergehender Besserung des Befundes in der ersten Zeit nach der Operation, erfolgte etwa 2 Monate später unter zunehmender Schwäche der Exitus letalis. Obduktion nicht gestattet. Die mikroskopische Untersuchung der aus dem Mittelohr entfernten fungösen Massen ergab, dass es sich um ein Platten-Zellen-Epitheliom gehandelt hatte. Schwabach.

Cohen-Tervaert und de **Josselin de Jong,** Ein Lymphangio-Sarkom des äusseren Gehörganges. Arch. f. Ohrenheilk. XLIII. S. 53.

Der Tumor war aus dem Anfangsteil des knöchernen Gehörganges einer 57jährigen Frau nach Ablösung der Ohrmuschel exstirpirt worden. Es handelte sich um ein Recidiv einer vor $3^1/_2$ Jahren zuerst mittelst scharfen Löffels und Galvanocaustik beseitigten Geschwulst.

Digitized by Google

Die mikroskopische Untersuchung ergab: Sarcoma plexiforme, Endothelioma. Bezüglich der genaueren, durch Abbildungen illustrirten Beschreibung vergl. man das Original. Schwabach.

Lenzmann, Zur Frage der Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes, besonders mit Rücksicht auf die Narkose bei derselben. Therap. Monatsh. 1897, Sept.

Verf. operirt am sitzenden Patienten, der mit Chloroform nur so tief chloroformirt wird, dass zwar die Empfindung erloschen, aber die Reflexthätigkeit noch nicht vollkommen aufgehoben ist. Wenn man nach der Tropfmethode chloroformirt, so sind nur einige wenige Gramm notwendig. Darauf wird mit dem Spatel die Zunge heruntergedrückt und mit dem Gottstein'schen Messer, welches eine Vorrichtung besitzt, um die entfernte Wucherung festzuhalten, wird der Tumor mit kräftigem Schnitt von vorne oben nach hinten unten abgetrennt. Während der Schnittführung beugt der Assistent den Kopf des Kindes nach vorn, der Blutstrom ergiesst sich aus der Nase. Reste werden alsdann entfernt. Eine etwaige Entfernung der Gaumenmandeln wird in derselben Sitzung vogenommen.

W. Lublinski.

Huber und **Blumenthal,** Ueber die antitoxische und therapeutische Wirkung des menschlichen Blutes nach überstandenen Infektionskrankheiten (Scharlach, Masern, Pneumonie und Erysipel). Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 31.

Verff. haben über ein Jahr lang Versuche mit dem Serum von Rekonvalescenten der genannten Krankheiten angestellt. Um eine möglichst grosse Ausbeute der Antikörper zu erhalten, haben sie, da sich die Antikörper in dünnen Kochsalzlösungen gut lösen, das steril entnommene Blut mit dem gleichen Volumen steriler Kochsalzlösung versetzt, das Gemisch nach mehrmaligem Umschütteln 24 Stunden stehen lassen und dann mittelst Kieselguhrfilters filtrirt. Sie erhielten auf diese Weise an Serum $^2/_3$ bis das gleiche Volumen des entnommenen Blutes. Die Schutzkraft ihres Serums war nach Versuchen, welche mit auf dieselbe Weise bei Diphtherie-Rekonvalescenten gewonnenen Serum angestellt wurden, die gleiche, wie wenn das Serum gewonnen wurde, ohne das Blut vorher zu verdünnen.

Bei Scharlach und Masern bestand in einigen Fällen eine auffallend günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes, jedenfalls war stets eine Abkürzung der Krankheit zu konstatiren. Bei Pneumonie sind ebenfalls Schutzstoffe im Serum, allein dieselben sind zu wenig concentrirt, dass eine Krise und günstige Beeinflussung der anatomischen Veränderungen durch dieselben erzielt würde, nach einer Herabsetzung der Temperatur stieg dieselbe bald wieder an; indessen das Allgemeinbefinden wurde günstig beeinflusst. Bei Erysipel war ein heilender Einfluss des Serums nicht festzustellen. Vff. injicirten meist ca. 20 ccm, sie haben aber auch 40 ccm Serum eingespritzt, ohne üble Nebenwirkungen zu beobachten. Wenn auch auf die versuchte Art und Weise ein Heilserum gegen die genannten Krankheiten nicht zu gewinnen ist, so ist es vielleicht doch möglich, bei Schar-

lach und Masern mit den Antikörpern im Serum von Rekonvalescenten eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes zu erzielen, ohne den Patienten irgendwie zu schaden. H. Bischoff.

H. Beates, A contribution to the clinical study of digitine. The med. and surg. Report. Vol. LXXV. No. 12.

Das Digitin (nicht zu verwechseln mit Digitalin) ist eine gelblichweisse, krystallinische Substanz; B. wendet dasselbe an Stelle von Digitalis seit vielen Jahren an und ist mit den erzielten Resultaten recht zufrieden. Die Dosis darf nicht zu klein gewählt werden: 0,006 bis 0,03 mehrmals täglich. Besonders mächtig scheint das Mittel auf das vasomotorische Centrum und die Vasokonstriktoren einzuwirken. Im Gegensatz zu anderen Digitalispräparaten ist die Reizung des Magendarmkanals, wenn überhaupt vorhanden, nur sehr gering; cumulative Wirkung war nicht zu konstatiren. K. Kronthal.

Marfan, Phlébite fibro-adhésive des sinus de la dure-mère ayant déterminé de l'hydrocéphalie et consécutive à une gastro-entérite. Rev. mens. des mal. de l'enf. 1896. S. 369.

Im Anschluss an eine Enteritis entwickelten sich bei einem 2 Monate alten Kinde Krämpfe, Muskelkontrakturen und ein immer mehr zunehmender Umfang des Schädels; das linke Auge wurde atrophisch. Das Kind starb im 13. Lebensmonat. Bei der Sektion fand sich ausser einem beträchtlichen Hydrocephalus intraventricularis eine teils vollständige, teils unvollständige Obliteration des Torcular Herophili (Sinus confluens), des rechten Sinus transversus und Sinus cavernosus. Eine derartige Obliteration ist — so weit Verf. die Litteratur nachsehen konnte — bisher nicht beobachtet, wohl aus dem Grunde, weil die Thrombose dieser Gefässe rasch zum Tode zu führen pflegt. — Verf. nimmt an, dass die Enteritis eine (septikämische) Phlebitis der genannten Blutleiter zur Folge hatte und dass diese den Hydrocephalus herbeiführte. Die Atrophie des Auges bringt Verf. mit der Thrombose resp. Obliteration des Sinus cavernosus in Verbindung. Stadthagen.

C. Guidi, Ueber Soor, seine Mykologie und Metastasenbildung. Wien. med. Blätter 1896, No. 29.

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: Als der Mikroparasit des Soors ist nicht das Oidium albicans von Robin, sondern der Saccharomyces albicans sive buccalis anzusehen; denn die morphologischen und biologischen Eigenschaften des Soorpilzes entsprechen jenen der Saccharomyceten: er bildet lediglich kernhaltige Sporen, die sich durch Sprossung reproduciren können. Die Sporen secerniren eine gelatineartige Substanz, die sie untereinander zu den verschiedensten Gruppen und Fäden vereinigt. Bei Anwesenheit der Luft entwickelt der Pilz sich auf der Oberfläche, bei Abwesenheit derselben in den tiefen Schichten der Kulturböden. Seine wichtigste biologische Eigenschaft ist, in zuckerhaltigen Substanzen alkoholische Gährung hervorzurufen. — Nie bildet der Soor Mycelien; diese

Digitized by Google

sind vielmehr stets anderen, den Soor begleitenden Pilzen zugehörig, welchen keine pathogenetischen Eigenschaften zukommen. — Metastasen des Soorpilzes kommen — entgegen den früheren Meinungen — ziemlich häufig vor, und zwar dadurch, dass der Pilz in die subepithelialen Schichten eindringt und dann die Sporen auf dem Wege der Lymphgefässe nach anderen Organen übertragen werden. Der Pilz kann in diesen durch seine Stoffwechselprodukte mehr oder weniger bedeutende organische Läsionen (Nekrosen, ausgedehnte Eiterungen) hervorrufen. Nach der Reihe ihrer Häufigkeit kommen Metastasen vor in folgenden Organen: Nieren, Leber, Muskel, Herz, seröse Häute, Knochenmark, Lymphdrüsen, Lungen, Gehirn.

Stadthagen.

R. Geigel, Die Stauung bei reiner Tricuspidalinsufficienz. Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 9.

Die Insufficienz der Tricuspidalis ist im Allgemeinen ein sehr gefürchteter Herzfehler, da sich die durch ihn bedingte Stauung direkt in die Venen fortsetzt, deren zarte Klappen nicht lange Stand halten (Entstehung des Venenpulses). Leicht kommt es zu Hydrops, entweder auf rein mechanischem Wege, da das Blut in den Capillaren zwischen zwei Pressen steht, von den Arterien her unter dem arteriellen, von den Venen her unter dem hier abnorm gesteigerten Druck, oder aber infolge einer schlechten Ernährung der Gefässwände (durch Verlangsamung der Cirkulation in den Capillaren, durch Verarmung des die Gefässwände ernährenden Blutes an Nährmaterial). Wahrscheinlich ist die letztere Erklärung die richtigere; denn auch bei sonstigen Fällen von Sinken der Herzkraft, bei inkompensirten Herzfehlern, bei schweren Anämieen u. dergl. mehr, kurz in Fällen, wo von gesteigertem Seitendruck innerhalb der Gefässe nicht die Rede sein kann, sieht man „kachektische" Oedeme eintreten. Andererseits kann bei rein primärer, uncomplicirter Tricuspidalinsufficienz der erhöhte Venendruck durch gleichfalls erhöhten arteriellen Druck (vom linken Ventrikel her) derartig kompensirt werden, dass eine leidliche Stromgeschwindigkeit in den Capillaren bestehen bleibt, es kommt dann nicht zum Hydrops, wohl aber zu Blutungen infolge des erhöhten Seitendruckes im ganzen Gefässgebiet. Verf. belegt diese Thatsache durch zwei Beobachtungen reiner Tricuspidalinsufficienz. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei Kombination einer Mitralinsufficienz mit offenem Foramen ovale, wobei auch ein Venenpuls zu stande kommt.

Also in der Rhexis der Gefässe besteht die Gefahr einer uncomplicirten Tricuspidalinsufficienz; zu Hydrops kommt es erst, wenn das linke Herz erlahmt.

Perl.

W. Salomonson, De beroepsatrophie der diamantsnijders. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1897. I. No. 21.

Das bei Diamantschleifern häufige Berufsleiden besteht in einer linksseitigen partiellen Ulnarisparalyse. Bei vom Verf. beobachteten Kranken war Schwund des Interosseus I vorhanden, auch der Interosseus II war etwas betroffen. Das Schleifen wird über einem Holzkästchen von 8 cm Breite ausgeführt. Der zu schleifende Diamant wird mit Kitt auf einem

kurzen Stab befestigt und von einem ähnlich ausgestatteten Stein bearbeitet. Ersterer muss unbeweglich gehalten werden, während der andere Stein bewegt wird. Der Stab mit dem zu schleifenden Stein wird mit der linken Hand gefasst und der Zeigefinger gegen den Kasten und Stab gedrückt, während der Daumen sich gegen die Vorderfläche des Kastens legt. Das Schneiden wird durch kleine Bewegungen mit dem Stab der rechten Hand ausgeführt. In der Haltung der Steine werden von den einzelnen Arbeitern, welche „Rosen" etc. herstellen, Unterschiede gemacht. Die Vorhersage des Leidens ist günstig; Behandlung geschieht mit Elektricität.

G. Meyer.

Ch. Rouget, Terminaison des nerfs sensitifs musculaires sur les faisceaux striés. Compt. rend. 1896, No. 2.

R. konnte mit der Methylenblaumethode an lebenden Muskeln der Batrachier sensible Nervenendigungen an den Muskelscheiden, aussen am Sarcolemma (épilemmatiques) nachweisen, während die motorischen Endplatten unmittelbar im Kontakt mit der kontraktilen Substanz stehen und innerhalb des Sarcolemma (hypolemmatiques) gelegen sind. Beide Nervenendigungen, die motorischen und sensiblen, liegen nicht an derselben Stelle des gestreiften Muskels, sondern in geringer Entfernung voneinander; die sensiblen Nervenendigungen gleichen denen der Cornea und der Haut, während die motorischen deutlich die Einrollung und Einsenkung des Axencylinders und eine plötzliche Zunahme des Durchmessers aufweisen. Während die motorischen Endigungen parallel zur Richtung der Muskelfasern liegen, sind die sensiblen quer oder transversal gelagert, und zwar minder zahlreich, als die motorischen.

S. Kalischer.

S. Placzek, Intrauterin entstandene Armlähmung. Berl. klin. Wochenschr 1896, No. 41.

Bei einem ausgetragenen und normal geborenen Kinde wurde bereits einen Tag nach der Geburt eine Lähmung des rechten Ober- und Unterarms bemerkt; dieselbe blieb während der Beobachtung (6 Wochen) unverändert, war weder von Atrophie, noch von Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit begleitet. Auch anderweitige Störungen von Seiten des Nervensystems fehlten. Die Finger und das Handgelenk befanden sich in Flexionskontraktur. — Aetiologisch kam in Betracht, dass die Mutter während der Gravidität durch Fall und Stoss des Bauches verletzt wurde und dass ein 14jähriger Bruder des Knaben die Zeichen der cerebralen Kinderlähmung mit Idiotie aufwies.

P. hält die Lähmung für eine Monoplegia brachialis intra-uterinen Ursprungs, die durch Verletzung erzeugt war.

S. Kalischer.

T. K. Monro, Incontinence of urine inherited by an entire family from their father. Lancet 1896, March 14.

Eine Familie, bestehend aus 5 lebenden Mädchen und einem Knaben im Alter von 5—18 Jahren, litt, ebenso wie der Vater derselben, an Enu-

Digitized by Google

resis nocturna bis über die Pubertät hinaus; häufig trat auch bei Tage eine Inkontinenz der Blase auf, so dass diese Kinder für Schule und Arbeit völlig unbrauchbar waren. Bei zweien waren auch vorübergehend Krampfanfälle aufgetreten. Alle angewandten Mittel blieben erfolglos.

S. Kalischer.

---

1) **J. Déjérine** et **P. Petreen,** Sur un cas d'ophthalmoplégie externe totale et de paralysie laryngée relevant d'une névrite périphérique a marche rapide chez un malade atteint de tabes au début. Société de Biol. 1896, No. 27.

2) **A. Habel,** Tabes dorsalis und Wanderniere. Cbl. f. inn. Med. 1897, No. 7.

3) **Moxter,** Beitrag zur Auffassung der Tabes als Neuronerkrankung. Zeitschrift f. klin. Med. XXIX. (3/4)

4) **E. Schwarz,** Ueber chronische Spinalmeningitis und ihre Beziehungen zum Symptomenkomplex der Tabes dorsalis. Wien. med. Blätter 1896, No. 44/45.

5) **P. W. Macdonald,** Mental disease (not general paralysis) associated with tabes dorsalis. Journ. of ment. sc. 1897, January.

1) Die Verff. beschreiben einen Fall von Tabes, in welchem im ataktischen Stadium bereits eine totale Ophthalmoplegia externa, eine Larynxlähmung und inspiratorische Dyspnoe sich entwickelten. Schon seit zehn Jahren litt der Pat. an lancinirenden Schmerzen. Die bulbären Symptome hatten sich sehr schnell in 2 Monaten entwickelt und zum Tode geführt. Die Sektion erwies eine parenchymatöse Neuritis der betroffenen bulbären Nerven in ihrem extramedullären Verlauf; die Kerne der Augenmuskelnerven und des Vagus sowohl wie die intrabulbären, intrapontilen und pedunculären Fasern waren völlig intakt. Vielleicht hätte eine feinere Methode der Ganglichzellen-Untersuchungen (Nissl) auch an diesen Veränderungen nachweisen können, allein dieselben konnten nicht bedeutender Art sein. Die Autoren halten diese parenchymateuse Neuritis für heilbar und glauben, dass der Kranke vielleicht durch eine zeitige Tracheotomie zu retten gewesen wäre. — Die Hinterstränge im Lumbalteil waren sklerotisch.

2) H. fand unter 68 Tabesfällen (24 Frauen und 44 Männer) 6mal Wanderniere (also in 14,5 pCt. der Gesammtfälle) Diese 6 Fälle betrafen Frauen, also 25 pCt. der tabischen Frauen. Von 5393 Frauen der Klinik (Zürich) ohne Tabes hatten nur 53, also 1 pCt. Wanderniere. Die Tabes scheint demnach ein begünstigendes Moment für die Entstehung der Wandernieren zu liefern, sei es durch starke Abmagerung, sei es durch Erschlaffung und Herabsetzung des Tonus der Ligamente der Bauchorgane.

S. Kalischer.

3) Es handelt sich um den Fall einer 57jährigen Patientin, welche im Laufe von 4 Monaten an doppelseitiger Sehnervenatrophie, lancinirenden Schmerzen, Gürtelgefühl und Gesichtsreissen erkrankte (die Patellarreflexe waren vorhanden) und bei welcher die Autopsie neben Erkrankung der peripheren Nerven eine ausgedehnte Pia-Erkrankung des Rückenmarkes

Digitized by Google

aufdeckte, auch sonst wird von Zeichen „tertiärer" Lues gesprochen, der Fall selbst aber als Tabes cervicalis aufgefasst. Im Sacralmark fanden sich kleine Herde mit aufsteigender Degeneration, sodann Erkrankungen der hinteren Wurzeln und Hinterstränge vom 5. Dorsalsegment aufwärts, Degeneration im Sehtraktus von den Ganglienzellen der Retina bis in den Tractus opticus hinein. Der Verf. macht auf die Analogieen der beiden hier erkrankten Neurone, besonders auf ihre gleichartige entwickelungsgeschichtliche Stellung aufmerksam, nach welcher sowohl Retina wie Spinalganglien Ausstülpungen sind, welche durch Ausläufer mit den nervösen Centralorganen in Beziehungen bleiben.

4) Der Vf. konnte 3 Fälle anatomisch untersuchen, bei welchen intra vitam die Zeichen einer Tabes bestanden und der Tod durch intercurrente Krankheiten eintrat. In allen dreien waren Pupillenstarre, Myosis und Westphal'sches Zeichen und teilweise noch andere Symptome der Tabes vorhanden (Gürtelschmerz, Ataxie u. s. w.). Bei der Sektion fand sich jedesmal eine Erkrankung der Meningen, Gefässe und hinteren Wurzeln unter geringerer oder grösserer Beteiligung des Markes selbst, und zwar bisweilen in Form ganz typischer tabischer Degenerationsfelder, wie sie im initialen oder etwas mehr vorgeschrittenen Stadium gefunden wird. In einem Falle war die Natur der Meningitis und Gefässerkrankung eine deutlich syphilitische, in einem anderen vielleicht auf eine vorangegangene Cerebrospinalmeningitis zu beziehen, im dritten Falle war die Aetiologie unklar.

5) Der 39jährige Patient, dessen Vorgeschichte unbekannt blieb, kam mit der Diagnose Tabes und Paralyse in die Irrenanstalt. Dort wurden in der That Westphal'sches Zeichen, Ataxie, Augenmuskellähmungen, Pupillendifferenz und -starre, gefunden, aber seine seelische Störung bestand in vagen Verfolgungsideen, Gehörstäuschungen und ab und zu auftretenden Erregungszuständen — nichts in seinem Verhalten sprach aber für Dementia paralytica. Er starb nach einem Krampfanfall. Man fand einen starken Hydrocephalus, die gewöhnlichen Zeichen der Tabes im Rückenmark und Atrophie in der Rolando'schen Region der grauen Rinde (! Ref.) — angeblich aber keine Zeichen der Paralyse (die mikroskopischen Untersuchungsresultate sind nicht ausführlich erwähnt!). Der Verf. bestreitet, dass es sich hier um einen Fall von progressiver Paralyse gehandelt habe, und betont die Wichtigkeit, nachgewiesen zu haben, dass geistige Störung bei Tabes nicht ohne Weiteres für Paralyse spräche. M. Brasch.

---

1) **H. Higier,** Alexia subcorticalis (Wernicke). Beitrag zur Kenntnis der Alexie, Agraphie, Dyslexie, optischen Aphasie und Seelenblindheit. Petersb. med. Wochenschr. 1896, No. 24—26.

2) **W. P. Morgan,** A case of congenital word blindness. Brit. med. journ. 1896, Nov. 7.

1) I. Bei einem 32jährigen Manne wurden beobachtet: Hemianopsia dextra, Alexie und Agraphie, Kopfschmerzen, Erbrechen, Benommenheit, doppelseitige Stauungspapille, später rechtsseitige Hemiparese und Paraphasie. Ex adjuvantibus (Quecksilber und Jod) musste die Diagnose auf

ein Gumma in der Gegend des Gyrus angularis gestellt werden. — II. Der 56jährige Mann bekam ein Jahr nachdem er sich luetisch inficirt hatte, Rückenmarkserscheinungen (Meningomyelitis), welche auf Quecksilber und Schwefel wichen. Nach $1^1/_2$ Jahren trat Hemiplegie, Doppelsehen, später Sehschwäche und doppelseitige Augenmuskellähmung ein, nach einiger Zeit wurden rechtsseitige Hemiopie, partielle Seelenblindheit, optische Aphasie und Dyslexie konstatirt. Eine spezifische Kur brachte manche Symptome zum Schwinden, u. a. auch die intercurrent aufgetretenen Zeichen akuten Hirndrucks und einige spinale Symptome, aber die Amblyopie, das Westphal'sche Zeichen, die Impotenz, die Alexie und Agraphie blieben bestehen.

Auf die Schlussfolgerungen, welche H. am Ende seiner Arbeit zusammenstellt und welche manches interessante Streiflicht auf die Pathologie der complicirten Störungen werfen, kann hier nur hingewiesen werden.

2) Die Bezeichnung des folgenden Falles als eines Beispiels von angeborener Wortblindheit erscheint völlig verfehlt, da eben jeder Mensch wortblind geboren wird; der Fall selbst ist aber sehr interessant. Er betrifft einen 14 Jahre alten Knaben, geweckt und intelligent, welcher schon unter grossen Schwierigkeiten die Buchstaben lernte. Er konnte sie schliesslich lesen und schreiben, dagegen war es unmöglich, ihn Worte schreiben und lesen zu lehren. Nur bei den einfachsten, „and", „of", „the", gelang es. Er konnte dagegen 9stellige Zahlen lesen.

Sonstige Abnormitäten (Lähmungen, Gesichtsfelddefekte etc.) fehlten. Der Verf. vermutet eine Aplasie des Gyrus angularis sinister. Der Fall ist deshalb von Interesse, weil andere Erfahrungen lehren, dass im Kindesalter bei vorhandener Uebung andere Hirnteile vikariirend eintreten.

M. Brasch.

R. Hahn, Die Aspirationsbehandlung der Leistenbubonen. (Aus der Abteil. des Dr. Engel-Reimers.) Mitteil. aus d. Hamb. Staatskrankenanst. I. S. 391.

Das vom Verf. in etwa 200 Fällen angewandte Verfahren besteht darin, dass der Eiter des fluktuirenden Bubos mit Curschmann'scher Spritze aspirirt und hierauf die Abscesshöhle mit steriler physiologischer Kochsalzlösung so lange ausgespült wird, bis die Spülflüssigkeit möglichst klar ist, jedenfalls keine Gewebsfetzen mehr enthält. Auf die Einstichöffnung kommt sodann ein Jodoformgazebausch, darüber Zinkpflaster und ein einfacher Druckverband. Wenn nötig, wird die kleine Operation wiederholt. Nach dieser Methode wurden im letzten Jahre über 70 pCt. der Kranken geheilt, und zwar $^3/_4$ von ihnen durch eine einmalige Aspiration. — Indicirt ist das Verfahren bei fluktuirenden Bubonen mit totaler Vereiterung der oberflächlich gelegenen Drüsen, während bei sehr tiefliegenden oder in ihrer Hauptmasse noch erhaltenen Drüsen ein Erfolg nicht zu erwarten ist.

H. Müller.

Digitized by Google

F. Bloebaum, Syphilis in Nase, Rachen, Ohr und Auge und die Behandlung derselben, insbesondere die Chromwasserkur. Neuwied, Berlin, Leipzig 1897. Henser's Verlag. 51 Ss.

Verfasser giebt — ohne Neues von Bedeutung zu bieten — einen gedrängten Ueberblick über die syphilitischen Erkrankungen von Nase, Rachen, Ohr und Auge. Mit der Günz'schen Chromwasserkur will er in mehreren Fällen von schweren, meist tertiären Affektionen der genannten Organe rasche Erfolge erzielt haben, nachdem Quecksilber und Jodkalium versagt hatten; indess giebt Verfasser selbst zu, dass seine Erfahrungen nicht ausreichen, um bestimmte Indikationen für diese Behandlungsmethode aufzustellen. H. Müller.

Pilliet et **Souligoux,** Métrite parenchymateuse hémorragique (sclérose utérine). Progrès méd. 1897, No. 19.

Verff. verstehen unter métrite parench. eine Entzündung des ganzen Uterus, ähnlich der interstitiellen Myocarditis, nur dass natürlich, den verschiedenen Funktionen entsprechend, die funktionellen Zeichen dafür verschieden sind. Die Hauptsymptome der Metritis parench. sind Schmerzen und Blutungen, und da gegen diese letzteren in diesem Fall das Curettement keine ersichtliche heilende Wirkung habe, so würde die Erkrankung oft für ein Fibrom gehalten.

Die Affektion kann 2 Typen darstellen. Einmal beginnt die Infektion am Collum, von einem Riss infolge einer Geburt ausgehend. In diesem Fall macht sie das Collum fest, holzig und leicht blutend und wird oft für Epitheliom gehalten. Im zweiten Fall sei die Infektion eine absteigende, ausgehend von einer eitrigen Infektion der Tuben, die wohl puerperalen Ursprungs sei, wodurch der Uterusmuskel sich totaliter durch sein Gefässnetz und die begleitenden Lymphbahnen inficire. Dann beobachte man die von Pilliet schon beschriebenen Formen von Gefässsklerose, die klinisch durch Hämorrhagieen zu Tage träten.

In diesen Fällen könne allein die Entfernung des ganzen Organs wirkungsvoll sein; denn wenn man die kranke Tube allein entferne, da diese vielleicht allein mitunter die Aufmerksamkeit auf sich lenkte, so fahre der zurückgebliebene Uterus fort zu schmerzen und zu bluten.

Von grosser Wichtigkeit sei die histologische Kenntnis der Erkrankungen. Dieselbe sei sehr leicht, und wenn man die Bilder nur einmal gesehen habe, kaum zu verkennen. Man müsse Schnitte durch das Uterushorn machen, um dadurch den intrauterinen Teil der Tube zu erhalten, ferner Schnitte durch den mittleren Teil des Uteruskörpers, wodurch man die Mucosa erhalte, und endlich durch den cervicalen Teil.

Es werden dann einige Fälle angeführt, in welchen zuerst auch eine falsche Diagnose gestellt war und wo man erst durch den histologischen Befund mit Sicherheit das wirkliche Leiden erkannte. A. Martin.

Glaevecke, Ueber Impetigo herpetiformis. Eine seltene Hauterkrankung der Schwangeren. Archiv f. Gynäk. LII. S. 18.

Bei der vom Verf. beobachteten Pat. trat der Impetigo herpetiformis im 5.—6. Monat der 9. Gravidität auf. Es bestanden Fieber, Schüttel-

Digitized by Google

fröste und Bronchitis. Ausser Kopf, Unterschenkel, Vola manus, Inguinal falten und Ellbogen war schliesslich der ganze Körper befallen. Rechtzeitig erfolgte die Geburt eines 8 Pfund schweren, gesunden Mädchens. 10 Wochen nach der Geburt war die Hautkrankheit geheilt. — Vf. stellte 20 Fälle aus der Litteratur zusammen, darunter nur 2 bei Männern, die anderen fast ausnahmslos bei Schwangeren. Die anfangs befallene Stelle ist die Genitocruralgegend. Neben den pustulösen Efflorescenzen treten Erythem und Urticaria vor. Schüttelfröste, Fieber von intermittirendem Charakter, Schlaflosigkeit, Delirien, Jucken, Diarrhoeen und Laryngitis, Bronchitis, parenchymatöse Nephritis bezeichnen den Verlauf. Nie endet die Krankheit vor der Geburt. Diese erfolgt stets zu früh. Die Früchte sterben vorher und werden macerirt geboren oder sie kommen lebensschwach zur Welt. Vom Impet. herp. zeigen sie nichts. Wahrscheinlich handelt es sich um einen primär septischen Herd in den Genitalien, der die pyämische Pustulose der Haut hervorruft. Die Differentialdiagnose gegenüber der Dermatitis herpetiformis, D. pustulosa chronica oder des Pemphigus vegetans ist durch das Auftreten des Fiebers und der oben genannten schweren Allgemeinsymptome gegeben. Von 20 Fällen endeten 16 = 80 pCt. letal. Therapeutisch kommen am ehesten noch protrahirte und permanente Bäder in Frage. Da im Beginn der Erkrankung die Körperkräfte noch nicht erschöpft sind, ist möglicherweise eine Unterbrechung der Gravidität durch künstliche Frühgeburt von Nutzen. Auch der künstliche Abort kann berechtigt sein.

P. Strassmann.

D. Hellin, Ueber den wirksamen Bestandteil der Schilddrüse. Archiv f. exper. Path. u. Pharm. XL. S. 121.

Die bei Schilddrüsenfütterung stets bei Hunden beobachtete Steigerung der Pulsfrequenz, welche verhältnismässig rasch eintritt, wird dazu benutzt, um die wirksame Substanz zu bestimmen. Mit Hülfe dieser Pulssteigerung wird die wirksame Substanz Schritt für Schritt verfolgt in Bezug auf ihr Verhalten gegen Lösungsmittel, Reagentien und gegen die verschiedenartigsten Einwirkungen, um so ihre Eigenschaften kennen zu lernen und sie schliesslich zu isoliren. Es handelt sich um eine feste Verbindung des Jods mit einem Eiweisskörper. Das Resultat stimmt mit dem von Baumann auf anderem Wege gefundenen überein. Verf. hatte seine Arbeit schon vor der Veröffentlichung von Baumann begonnen.

Bei der Schilddrüsenfütterung wurden bei Hunden mehrere Male Lähmungen und einmal ein Todesfall beobachtet. Dies mahnt, in Uebereinstimmung mit einzelnen Beobachtungen anderer Autoren am Menschen, zu einer gewissen Vorsicht bei Anwendung des Mittels. Verf. glaubt wegen der Einwirkung auf den Puls das Mittel eventuell empfehlen zu können: bei funktionellen Bradycardien und bei Lebererkrankungen, bei welchen der Puls sehr verlangsamt ist. Nach seinen Erfahrungen sind kleine, aber häufige Dosen besser, als einmalige grosse, was ja auch mit den Erfahrungen der Praxis übereinstimmt.

Wendelstadt (Bonn).

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

In Berlin.

1897. **4. Dezember.** **No. 49.**

Inhalt: Henriques, Die reducirenden Stoffe des Blutes. — Salkowski, Ueber die Krüger-Wulff'sche Methode. — Schlossmann, Ueber Eselsmilch. — Bornstein, Ueber Fleischersatzmittel. — Wild, Die Entstehung der Miliartuberkulose. — London, Imprägnirmethode von Gefässen und Nerven zum Photographiren mit Röntgen-Strahlen. — Sasse, Ueber Cysten der Mamma. — Bottini, Ueber die galvanocaustische Behandlung der Prostatahypertrophie. — Foedert, Fall von Enchondrom der Wirbelsäule. — Uhthoff und Axenfeld, Zur Bakteriologie der Keratitis. — Perlia, Stereoskopische Bilder für Schielende. — Snellen, Ueber Erythropsie. — Bezold, Die Feststellung einseitiger Taubheit. — Ortner, Recurrenslähmung bei Mitralstenose. — Dürck, Aetiologie der Pneumonie im Kindesalter. — Bettmann, Harnstoff als Diuretieum. — Swoboda, Zur Aetiologie der Melaena. — Schreiber, Ueber einen Phytobezoar im Magen. — Dercum und Spiller, Huismans, Fälle von Syringomyelie. — Oppenheim und Cassirer, Zur Lehre von der progressiven Muskelatrophie. — Sack, Fall von Dermatitis bullosa maligna. — Friedrich, Bernhardt, Fälle von Pachydermie bei habituellem Gesichtserysipel. — Beuttner, Ueber Ulcera rotunda vaginae. — Neumann, Zur Kenntis der Blasenmolen. — Lindenthal, Zur Aetiologie der Kolpohyperplasia cystica. — Halbertsma, Behandlung der Eclampsie. — Jordan, Tubengravidität in einer Leistenhernie. — Law, Antistreptoeoccenserum bei septischer Peritonitis.

V. Henriques, Ueber die reducirenden Stoffe des Blutes. Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S. 244.

Wie Verf. ausführt, wird bisher bei der Bestimmung des Zuckers im Blut das leicht Zucker abspaltende Jecorin, welches Drechsel in der Leber entdeckt, Baldi dann auch im Blut aufgefunden hat, von den meisten Autoren überhaupt nicht berücksichtigt. Verf. hat nun ein Verfahren ausgearbeitet, bei welchem einerseits der präformirte Zucker bestimmt wird, andererseits der aus dem Jecorin durch Erhitzen mit Schwefelsäure abspaltbare „Jecorin-Zucker". Das Verfahren besteht im Wesentlichen darin, dass das Blut mit Alkohol absolutus gefällt wird, welcher sowohl den Zucker als das Jecorin aufnimmt, der Alkoholauszug verdunstet und der Rückstand mit Aether behandelt, in den nun das Jecorin übergebt, während der Traubenzucker in der wässerigen Lösung bleibt. Der Aetherauszug wird

Digitized by Google

verdunstet und das zurückbleibende Jecorin durch Digeriren mit $2^1/_2$ proc. Schwefelsäure gespalten. Bei Hunden fand sich nun stets weit mehr Jecorin-Zucker, wie präformirter Zucker, etwa in dem Verhältnis von 5 : 1. Die Quantität des präformirten Zuckers war überhaupt stets sehr gering: zwischen 0,010 bis 0,045 pCt., ja mitunter, nach starken Blutentziehungen, war gar kein präformirter Zucker nachweisbar. Die von verschiedenen Seiten angegebene Steigerung des Zuckergehaltes des Blutes nach starken Aderlässen betrifft nach Verf. nur den Jecorin-Zucker, nicht den präformirten. Das letztere gilt jedoch nach 2 Versuchen nicht für Kaninchen: hier fand sich der präformirte Zucker gesteigert. E. Salkowski.

E. Salkowski, Ueber die Krüger-Wulff'sche Methode zur Bestimmung der Alloxurkörper im Harn. D. med. Wochenschrift 1897, No. 14.

Ref. hat die Frage untersucht, warum das Krüger-Wulff'sche Verfahren zur Bestimmung der Alloxurkörper im Harn so erheblich höhere Werthe giebt, als die Silberfällung. Es war zunächst die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass die Alloxurbasen durch das Krüger-Wulff'sche Verfahren vollständiger gefällt werden, als durch das Silberverfahren. Die Filtrate der Silberfällung aus je 1 Liter Harn wurden daher nach Krüger-Wulff behandelt. Dabei ergaben sich allerdings regelmässig noch Spuren von Xanthinbasen, welche der Fällung durch Silber entgangen sind, diese sind aber so gering, dass die Differenz dadurch nicht aufgeklärt wird. Weiterhin wurden in mehreren Versuchen aus 1 Liter Harn die Alloxurbasen nach Krüger-Wulff gefällt und isolirt: es ergab sich, dass diese vollständig oder so gut wie vollständig auch durch Silberlösung fällbar sind. Daraus geht hervor, dass die viel höheren durch das Krüger-Wulff'sche Verfahren erhaltenen Zahlen nur dadurch zu erklären sind, dass bei diesem Verfahren auch andere, nicht in die Reihe der Alloxurbasen gehörende stickstoffhaltige Körper gefällt werden. Ref. ist ausserdem der Ansicht, dass das Krüger-Wulff'sche Verfahren durchaus nicht so leicht genau ausführbar ist, wie in der Regel angenommen wird, gewisse Fehler sogar sehr schwer zu vermeiden sind. E. Salkowski.

A. Schlossmann, Ueber Eselsmilch. Zeitschr. f. physiol. Chem. XXIII. S. 258.

Vf. hat an einer grossen Anzahl von Proben von Eselsmilch den Fettgehalt und N-Gehalt bestimmt und schon dadurch feststellen können, dass die noch vielfach behauptete Aehnlichkeit zwischen Eselsmilch und Frauenmilch durchaus nicht besteht. Namentlich ist der Fettgehalt der Eselsmilch viel geringer; er beträgt im Durchschnitt nur 0,364 pCt., und während in der Frauenmilch auf 1 g Fett 0,34 N-haltige Substanz kommt, beträgt dieses Verhältnis in der Eselsmilch 1 : 4,2. Ferner sind von dem Eiweiss der Eselsmilch etwa $^3/_4$ Casein, $^1/_4$ Albumin, der Gehalt an Phosphorfleischsäure 0,121 pCt. Von einem Ersatz der Frauenmilch durch Eselsmilch kann also absolut nicht die Rede sein, schon der geringe Fettgehalt schliesst dieses vollständig aus. E. Salkowski.

K. Bornstein, Ueber Fleischersatzmittel. Berlin. klin. Wochenschr. 1897, No. 8.

Verf. hat an sich selbst drei Versuchsreihen über den Nährwert von Nutrose (Caseïnnatrium), Pepton-Liebig, Somatose und Aleuronat angestellt. Die erste 19tägige Reihe zerfällt in 6 Perioden, in deren erster, dritter und fünfter Fleich, in deren zweiter und vierter Nutrose, in deren sechster Pepton gereicht wurde, und zwar derart, dass von 250 g Fleisch 100 g durch die genannten Mittel ersetzt wurden.

In den Fleischperioden wurde der N zu 84 pCt. resorbirt, in den Nutroseperioden zu 86,84 bezw. 87,5 pCt., in der Peptonperiode 82,89 pCt. Während also Nutrose noch etwas besser als Fleisch ausgenutzt wurde, war die Resorption des Peptons etwas geringer. — In der zweiten Versuchsreihe wurde Fleisch vollkommen durch Nutrose und weiterhin durch Somatose ersetzt. Die Ausnutzung des Fleisches betrug hier nur 77,5 bis 81,7 pCt., die der Nutrose 85 pCt., die der Somatose 42,2 pCt.; dabei erzeugte letzteres Mittel, wie schon vielfach beobachtet, diarrhoische Entleerungen.

Endlich in der dritten Reihe wurde Fleisch durch Aleuronat ersetzt, sodass die Nahrung eine rein vegetabile war. Die Ausnutzung war 86,9 pCt., also eine gute. Trotzdem sank der Stickstoffansatz, der bei der vorhergehenden Fleischnahrung 1,17 g N betragen hatte, auf 0,12 g herab.

Bemerkenswert ist noch, dass die Kotmenge bei Aufnahme von Nutrose und Aleuronat geringer war, als bei Fleischnahrung; hier lag sie zwischen 28,5 und 31,5, dort zwischen 24,3 und 25,3 g. A. Loewy.

O. Wild, Ueber die Entstehung der Miliartuberkulose. Virchow's Archiv. Bd. 149. S. 65.

Die akute allgemeine Miliartuberkulose entsteht durch Ablagerung im Blute kreisender Bacillen in die verschiedenen Organe. Die Frage, warum nicht jedesmal, wenn Tuberkelbacillen in den Kreislauf geraten, eine Miliartuberkulose entsteht, beantwortet Weigert damit, dass nur bei der Einschwemmung einer genügend grossen Zahl von Bacillen die Miliartuberkulose sich entwickeln kann. Der die Quelle der Allgemeinerkrankung darstellende pathogene Herd muss ältere Tuberkel aufweisen, als die akut entstandenen Miliarknötchen; die Tuberkelentwickelung muss in einer Vene oder einem grossen Lymphgang stattfinden oder in solche nicht obliterirte Gefässe hineinreichen. Die Tuberkeleruption muss so stark sein, dass sie einen reichlichen Eintritt von Gift in das Blut erklärlich macht; es muss eine Kommunikation des Giftes mit dem Gefässlumen existiren. Die Venentuberkulose darf nicht in einer Pfortaderwurzel sitzen.

Es bleiben nun aber 30—50 pCt. aller Fälle von akuter allgemeiner Miliartuberkulose, bei denen die genaueste Untersuchung keinen groben Einbruch von Tuberkelbacillen in die Blutbahn nachweisen kann, und es geht nicht an, in allen diesen Fällen ein Uebersehen des pathogenen Herdes anzunehmen. Da nun die bisher beschriebenen primären Herde überhaupt nur selten einen massenhaften Einbruch von Tuberkelbacillen in die Blutbahn erklären, so muss man annehmen, dass auch spärliche, im Blute

kreisende Bacillen zur Erzeugung einer akuten allgemeinen Miliartuberkulose genügen, wenn ihnen durch veränderte Disposition des Individuums die Bedingungen zu rascher Vermehrung gegeben werden. Mit dieser Annahme lassen sich die klinischen Beobachtungen gut vereinigen. Die Quelle dieser geringen Zahl in das Blut gelangender Bacillen können in einer Reihe von Fällen die von Weigert beschriebenen Einbruchsstellen in das Gefässsystem sein. M. Rothmann.

E. S. London, Ueber die Anwendung der Imprägnirmethode beim Photographiren der Gefässe und Nerven mit Röntgen'schen Strahlen. Cbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1897, 15. Juni.

Nachdem Verf. bereits früher nachgewiesen hatte, dass Organstücke nach Imprägnirung mit Sublimat die Röntgen-Strahlen stärker absorbiren, konnte er deutliche Abbildungen der Gefässe durch Injektion mit Gyps mit Carmin, Quecksilber, Wachs, Lösung mit suspendirtem Bronzepulver, Arg. nitr.-Lösung mit nachfolgender Schwefelkohlenstoffbearbeitung erhalten. Nach Injektion einer 5proc. Sublimatlösung in die V. jugularis ext. des lebenden Kaninchens liess sich eine Abbildung der feinsten Verzweigungen der Lungengefässe erzielen; auch die Gefässverzweigungen des Ohrs und des Mesenteriums waren nach Durchspülung mit 5proc. Sublimat deutlich zu erkennen.

Nervenstücke (N. ischiadicus des Frosches) sind nach Imprägnirung mit 1proc. Osmiumlösung undurchdringlich wie Knochen für die Röntgen-Strahlen. Derart behandelte Nerven sind daher mit allen ihren Verzweigungen zu photographiren. Vf. legte die untere Körperhälfte eines Frosches, der die Haut abgezogen war, nach Entfernung der Eingeweide und Präparation der Nn. ischiadici, tibiales, sacrales und perinei mit ihren Verzweigungen auf 13 Stunden in nach Ranvier verdünntem Alkohol, dann zwei Minuten in 1proc. Osmiumsäure, spülte in Wasser ab, photographirte mit Röntgen-Strahlen und erhielt die Verzweigungen der oben genannten Nerven in deutlicher Abbildung. M. Rothmann.

F. Sasse, Ueber Cysten und cystische Tumoren der Mamma. (Aus der chir. Universitätsklinik des Herrn Geh.-Rats v. Bergmann.) Arch. für klin. Chir. LIV. S. 1.

An der weiblichen Brustdrüse unterscheidet Vf. mit Billroth Cysten ohne sonstige Neubildung und cystische Tumoren, in denen die Cystenbildung nur einen Teil der Geschwulst darstellt. Zur ersteren Gruppe gehören u. A. Cysten heterogener Herkunft, wie Atherome, Dermoide, Echinococcen, ausserdem solche Cysten, welche sich im Bindegewebe der Mamma ohne Beteiligung des Drüsenapparates, gewöhnlich nach einem Trauma, entwickeln. Verf. führt diese Abart von Cysten an und glaubt, dass die Oel- und Fettcysten der Mamma auch hierher gehören. Von den eigentlichen homogenen, vom Drüsenapparat stammenden Cysten, die allenthalben in der Mamma vorkommen, sind die bekanntesten die gewöhnlich unterhalb der Warze sitzenden Retentionscysten. Am häufigsten findet man sie bei Carcinoma mamma, bei dem sich aber ausserdem auch multiple ander-

Digitized by Google

weitige Cysten unter und in der Peripherie der Drüse finden. Am allerhäufigsten sind aber diejenigen Cysten, welche man kurz als „maladie kystique des mammelles“ (Reclus) bezeichnet, über deren Genese aber die Ansichten auseinander gehen (von SCHIMMELBUSCH als Cystadenom angesprochen). Aus 8 vom Verf. näher untersuchten Fällen geht hervor, dass es sich hier um 2 Gruppen von Cystenbildung handelt. In der Hälfte der Fälle handelt es sich um einen chronischen interstitiellen Prozess, der zur Abschnürung bezw. Erweiterung der Ausführungsgänge führt. In der andern Hälfte dagegen besteht eine Mastitis cystica chronica auf Grund eines epithelialen Wucherungsprozesses, speziell der Acini. Es besteht nur ein gradueller Unterschied von Cystadenoma proliferum und ist die ganze Mamma cystisch verändert. Mehr als Ausnahme (in 2 Fällen) fand Verf. die Entartung auf einen Bezirk beschränkt, ebenso war in 2 Fällen die Verbreitung der Cysten nur eine Komplikation des Krebses, wobei einmal der Krebs vom Epithel einer grossen Cyste ausging. Beim Vorwiegen einer wenig grösseren, zuweilen sehr schnell wachsenden Cyste können die kleineren vor der Operation sich der Diagnose entziehen. Charakteristisch ist manchmal, dass eine Brust nach der andern erkrankt, doch ist anscheinend einseitiges Auftreten kein Grund dagegen, die Diagnose zu stellen. Das Alter der Patt. schwankt sehr; vor dem 30. Jahre ist die Krankheit sehr selten. Schwangerschaft und Wochenbett sind ohne Einfluss auf die Entstehung; eine Patientin hatte vor 20 Jahren eine Entzündung gehabt. Ob Krebs von ätiologischer Bedeutung ist, oder nicht umgekehrt sich aus der Cyste entwickelt, muss Verfasser nach seinen Beobachtungen unentschieden lassen.

Von den eigentlichen cystischen Tumoren der Mamma ist vom Cystosarkom (= Fibroadenom) das intracanaliculäre Cystadenom zu sondern. Erstere (auch als Cystosarcoma phylodes seit J. MÜLLER bekannt) sind abgekapselt, dagegen haben 4 einschlägige, vom Verf. eingehend berichtete Fälle das Gemeinsame, dass sich meist in den grösseren Ausführungsgängen adenomatöse Massen bilden, die erst sekundär zur Erweiterung der betreffenden Gänge führen. Vom intracanaliculären Carcinom unterscheidet sich diese Geschwulstform dadurch, dass die Adenome niemals das umliegende Gewebe infiltriren. Sehr charakteristisch war die Sekretion eines hämorrhagischen, einmal sogar rein blutigen Sekrets aus der Mammilla. Die 4 betreffenden Patientinnen standen jenseits der mittleren Lebensgrenze; von anderen Seiten werden solche von 29 und über 60 Jahren angeführt. Drüseninfektion oder Verallgemeinerung der Erkrankung traten nicht auf, wohl aber bei ungenügender Excision örtliches Recidiv. Besonders zu unterscheiden sind noch das Cystoadenoma (circumscriptum) tubulare und das Cystoadenoma proliferum destruens malignum. Letzteres ist zwar noch kein Krebs, kann aber mit allen Merkmalen desselben auftreten und als Recidiv ein Carcinom haben. Die eigentlichen Cystocarcinome, bisher nur von WALDEYER gesehen, vom Verf. in 2 Fällen beobachtet, unterscheiden sich in nichts vom echten weichen Carcinom. P. Güterbock.

E. Bottini, Die galvanocaustische Diärese zur Radikalbehandlung der Ischurie bei Hypertrophie der Prostata. Technische Betrachtungen und klinische Bemerkungen. Arch. f. klin. Chir. LIV. S. 98.

B.'s längere Arbeit über die galvanocaustische Behandlung der Prostatahypertrophie enthält einen historisch-kritischen Teil, in welchem sich B. über die geringe Verbreitung des von ihm seit 25 Jahren geübten Verfahrens beklagt, und einen von 3 Operationsgeschichten begleiteten chirurgisch-technischen Abschnitt. Nur dieser kann Gegenstand eines Referates sein; wenn dasselbe Vielen ungenügend erscheint, so liegt das an der wenig befriedigenden Darstellung des Originales. Man kann wohl sagen, dass keine einzige Beschreibung völlig verständlich ist. Der Autor bezieht sich auf frühere Veröffentlichungen, ohne sie zu citiren. Von der von aussen abgebildeten neuen Batterie heisst es, dass sie nach dem Typus der früheren, jedoch in grösseren Verhältnissen und mit bedeutsamen Verbesserungen gebaut ist. Sie hat besondere Platten, die bis jetzt noch nicht angewandt wurden und eine Capacität besitzen, wie sie bis jetzt noch kein Typus erreicht hat. Die Anordnung ist so, dass jeder Kontakt vermieden ist, wodurch sich die Batterie entladen würde. Die Batterie wiegt mit dem Kasten 15 kg, hat 140 Ampère-Stunden und 4 Volts; Beleuchtung kann getrennt oder mit der thermischen Wirkung statt haben, ohne dass die thermische Kraft geschwächt wird. Die Batterie lässt sich als Kette oder Säule anordnen, was durch einen Zeiger angezeigt wird. Durch einen graduirten Rheostaten kann man beliebig die Hitze des Brennens abstufen, die dann stundenlang unverändert bleibt. Das Laden der Batterie geschieht ohne den Deckel abzunehmen durch eine Bunsen-Batterie, eine Dynamomaschine oder den Draht der öffentlichen Elektrizitätswerke. Ein kleineres Modell ist mehr für Beleuchtungszwecke zu empfehlen. Für alle ernsteren Operationen muss man so viel thermische Kraft haben, um ein Messer oder eine Schlinge von 1 mm Durchmesser glühend zu machen. Die Instrumente sind noch die alten, doch zieht B. neuerdings den Incisor vielfach dem Cauterisator vor, von dem er ausser einer der Mercier'schen Sonde entsprechenden Form eine mit einer 5 cm längern Stange verwendet. Vor jeder Applikation werden die Instrumente an einem Bausch feuchter Gaze, einer Kartoffel oder einem Apfel geprobt. Betreffs der Wirkung der Cauterisation betont B., dass der Operirte erst nach 14 Tagen (nach Schorfabstossung) spontan urinirt, die volle Heilwirkung aber erst nach 1 Monat eintritt. Zur Vorbereitung ist die Blase zu entleeren und 1 proc. Lösung von salzsaurem Cocaïn 5 Minuten in der Harnröhre zu belassen. Zur Nachkur wird alle 24 Stunden 4 mal mit einem Nélaton die Blase geleert, später durch Ausspülung mit 4 proc. Borlösung der Abstossung der Schorfe nachgeholfen. Da die Operation völlig aseptisch, fehlen alle Reaktionserscheinungen. Die bei voluminöser Hypertrophie und Anschwellung der oberen Prostatagegend vorzuziehende Incision bietet keine Besonderheiten. Gelingen der Operation und Vermeidung störender Zwischenfälle, wie es B. stets geglückt, hängt von der genauen Vorprüfung und der Ueberwachung der Funktion des Brenners und des Kühlstroms während der Operation ab.

P. Güterbock.

O. Foedert, Enchondrom der Halswirbelsäule. D. Zeitschr. f. Chir. XLV. S. 154.

Bei einem 35jähr. Kranken hat sich im Verlaufe von 3 Jahren unter Luft- und Schlingbeschwerden eine weiche, elastische Geschwulst am Halse entwickelt. Die Kranke ging 3 Tage nach Ausführung der Tracheotomie zu Grunde. Die Sektion ergab ein Enchondrom, dessen Basis der Körper der Vertebra prominens bildete. Der Tumor wuchs aus dem Wirbelkörper hervor und seine unmittelbar hier angelagerten centralen Partien waren verknöchert. Auf dem Durchschnitt sah man zahlreiche, durch bindegewebige Septa gebildete Hohlräume, die mit erweichten Massen erfüllt waren und mit Partien von homogenem Aussehen abwechselten. Bei der mikroskopischen Untersuchung des 12 cm langen, 9 cm breiten und $4^1/_2$ cm hohen Tumors fand sich oberflächlich ein ziemlich dickes Stratum parallel gelagerten Bindegewebes mit eingestreuten elastischen Fasern und teilweise auftretender kleinzelliger Infiltration. Bindegewebige, zum Teil nicht vascularisirte Septa zogen in die Tiefe. Die Geschwulst bestand aus hyalinem Knorpel mit den für das Chondrom typischen Metamorphosen (Auffaserung der Grundsubstanz, Kalkablagerung, schleimige Degeneration). Stellenweise war durch die Auffaserung der Grundsubstanz eine alveoläre Gruppirung der Zellen gegeben. Joachimsthal.

W. Uhthoff und **Th. Axenfeld,** Weitere Beiträge zur Bakteriologie der Keratitis der Menschen, insbesondere der eitrigen. v. Graefe's Archiv f. Ophthalm. XLIV. (1.) S. 172.

Die Verff. untersuchten 68 Fälle von Keratitis, darunter 34 Fälle von typischem Ulcus corneae serpens bakteriologisch. Fast in allen Fällen, wo die klinische Diagnose des typischen Ulcus corneae serpens festgestellt werden musste, fand sich der Fränkel-Weichselbaum'sche Diplococcus (Pneumococcus), und zwar in der bei weitem grösseren Mehrzahl der Fälle in Reinkultur, in einer relativ kleinen Anzahl von Fällen vergesellschaftet mit spärlichen anderen Mikroorganismen, Staphylococcen und Xerosebacillen. Somit müssen die Pneumococcen als die eigentlichen Erreger des typischen Ulcus serpens angesehen werden. Finden sich in einem Hornhautgeschwür danach Pneumococcen, so ist sofort ein energisches therapeutisches Vorgehen am Platze, am besten die Anwendung der Galvanokaustik.

Horstmann.

R. Perlia, Kroll's stereoskopische Bilder für Schielende. 26 farbige Tafeln. Hamburg, 1897. L. Voss.

Die Tafeln sind bestimmt, bei Schielenden einen binocularen Sehakt zu erregen und so das schielende Auge wieder in die normale Stellung zurückzuführen. Horstmann.

H. Snellen, Erythropsie. v. Graefe's Archiv für Ophthalm. XLIV. (1.) S. 19.

Nach Snellen findet die Erythropsie in einer Nachbild- und Kontrastwirkung ihre Erklärung, unter der Voraussetzung, dass zu ihrer Ent-

stehung die intensivere farbige Beleuchtung eines Teiles des percipirenden Organs gefordert wird. Horstmann.

Bezold, Die Feststellung einseitiger Taubheit. Sechs weitere Fälle von Labyrinthnekrose. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXXI. S. 61.

B. berichtet über das weitere Verhalten der von ihm vor einer Reihe von Jahren publicirten ersten 5 Fälle von Labyrinthnekrose und giebt im Anschluss daran eine genaue Beschreibung der seither von ihm beobachteten weiteren 6 Fälle. Als das Ergebnis der vom Vf. hieran angeknüpften Betrachtungen ist ungefähr Folgendes zu verzeichnen: Die Labyrinthnekrose ist eine der Folgekrankheiten, welche sich an die chronischen Mittelohreiterungen anschliessen, und zwar muss in erster Linie die Vernachlässigung des lokalen Prozesses dafür verantwortlich gemacht werden. Primäre Labyrinthnekrosen kommen, nach Vf., nicht vor. Weitaus am häufigsten fällt das innere Schneckengerüst, meist mit Beteiligung des ganzen oder eines grossen Stückes der ersten Windung der Nekrose anheim. Danach muss man annehmen, dass die Eiterung vom Mittelohr aus in die Labyrinthhöhle durch das runde Fenster sich fortsetzt. Die Sequesterbildung erreicht in den ersten Lebensjahren eine viel grössere Ausdehnung über das Felsenbein und dessen Nachbarschaft, als in den späteren Jahren. Bezüglich des Krankheitsbildes verweist Vf. auf seine frühere ausführliche Arbeit; nur über einzelne Symptome macht er ergänzende Bemerkungen: Gleichgewichtsstörungen, welche eine ziemlich regelmässige Begleiterscheinung bilden, sich nach Ausstossung des Sequesters aber in der Regel verlieren, seien, ebenso wie das gleichzeitige Sausen und Erbrechen, als Reizungssymptome der Nervenendigungen in Säckchen und Ampullen aufzufassen. Die Facialisparese oder Paralyse, die unter Verf.'s 10 Fällen 9mal zur Beobachtung kam, sei, ebenso wie das Aufschiessen üppiger Granulationen in der Paukenhöhle, aller Wahrscheinlichkeit nach, ein Symptom der fortschreitenden Demarkirung und beginnender Wanderung des Sequesters. Ein Symptom, das in keinem von Verf.'s Fällen fehlte, waren langandauernde Schmerzen so hohen Grades, dass sie die Patt. oft für Wochen und Monate vollkommen schlaflos machten. Mit dem Beginne aller dieser Erscheinungen oder auch schon längere Zeit vorher wird, nach Verf., die Otorrhoe profuser und fötide; nach der Entfernung der Labyrinth-Sequester hörte in Vf.'s Fällen die Granulationsbildung rasch auf und stand die Sekretion bis auf geringfügige Narbenbildung. Durch die funktionelle Prüfung der kontinuirlichen Tonreihe stellte B. schliesslich fest, dass die von ihm schon früher ausgesprochene Ueberzeugung, wonach die in der Litteratur vorliegenden Beobachtungen über scheinbare Hörreste nach Verlust des Labyrinthes nur durch die Unmöglichkeit vorgetäuscht werden, das andere intakte Ohr vollkommen vom Hörakt auszuschliessen, auch durch seine erneuten Untersuchungen Bestätigung gefunden haben. Bezüglich der Einzelheiten dieser Untersuchungen muss auf das Original verwiesen werden. Es sei hier nur bemerkt, dass die von B. in seinen Fällen auf dem labyrinthlosen Ohre gefundenen Hörstrecken „einfach ein, wenn auch natürlich unvollkommenes, Spiegelbild der Hörverhältnisse darstellen, wie sie auf dem anderen hörenden Ohre sich ergeben haben".

Damit ist, nach Verf., der Nachweis geliefert, dass auf dem labyrinthlosen Ohre ein selbständiges Hören nicht mehr stattfindet.

Schwabach.

N. Ortner, Recurrenslähmung bei Mitralstenose. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 33.

Verf. hat 2 Fälle beobachtet, welche die bisher unbekannte Beziehung zwischen Lähmung des linksseitigen N. recurrens und Erkrankung des Klappenapparates, speziell der Mitralstenose deutlich ergeben. In beiden fand sich ein ausserordentlich erweiterter linker Vorhof, der den N. recurrens an jener Stelle komprimirte, an der er sich um den Aortenbogen schlingt. Der Nerv war grau verfärbt, durchscheinend und verschmälert. (In vivo hat Ref. dieses Faktum schon einige Male zu beobachten Gelegenheit gehabt.)

W. Lublinski.

Dürck, Studien über die Aetiologie und Histologie der Pneumonie im Kindesalter und der Pneumonie im Allgemeinen. D. Archiv f. klin. Med. 1897. LVIII. (4/5.) S. 368.

Bei der pathologisch-anatomischen und bakteriologischen Untersuchung einer grossen Anzahl Lungen von Kindern, welche an Pneumonie gestorben waren, fand D. sowohl bei der primären, wie auch bei den verschiedensten Formen von sekundären Pneumonieen ein mehr oder weniger complicirtes Gemisch von Bakterien, Diplococcus pneumoniae, Streptococcus, Staphylococcus, Bac. pneumoniae, Bact. coli etc. Unter diesen nahm in Bezug auf die Häufigkeit des Vorkommens der Diplococcus pneumoniae die erste Stelle ein. Im Uebrigen ist die Zusammensetzung des Bakteriengemisches nicht abhängig von der Art der primären Erkrankung mit der Ausnahme, dass der Diphtheriebacillus lediglich bei Pneumonieen nach Diphtherie gefunden wird. Auch auf die histologischen Veränderungen ist die Zusammensetzung des Bakteriengemisches ohne jeden Einfluss. Insbesondere scheint die Fibrinabscheidung nicht durch den Diploc. lanceolatus beeinflusst zu werden, da D. in einem Falle, wo lediglich dieses Bakterium gefunden wurde, so gut wie gar kein Fibrin fand, während er umgekehrt reichlich Fibrin fand, wo der Diplococcus lanceolatus nicht nachzuweisen war.

Bei der Untersuchung nicht pneumonisch erkrankter Lungen von an anderen Erkrankungen verstorbenen Kindern fand D. in diesen Organen ebenfalls ein Bakteriengemisch, welches dem in pneumonisch afficirten Lungen im Wesentlichen entsprach. Auch hier prävalirte der Dipl. lanceolatus.

Da ihm wenig Material zur Verfügung stand von ganz gesunden menschlichen Lungen, von Leuten, welche durch einen Unglücksfall plötzlich um's Leben gekommen sind, so untersuchte er die Lungen frisch geschlachteter Haustiere. Auch in diesen fand er Keime und unter ihnen pathogene Arten, wie den Pneumoniebacillus, den Diplococcus pneumoniae, Staphylococcus pyogenes und Streptococcus. Infolgedessen muss angenommen werden, dass auch die gesunde menschliche Lunge Bakterien enthält. Unter normalen Verhältnissen rufen dieselben eine Pneumonie nicht hervor, sondern damit

Digitized by Google

dieselben sich vermehren, Entzündungen hervorrufen, bedarf es einer bestimmten Schädigung des Organismus.

Um hierüber mehr Klarheit zu schaffen, hat D. an Tieren experimentell Pneumonie hervorzurufen versucht. Er hat Kaninchen durch eine Trachealkanüle Reinkulturen verschiedener bei Pneumonie gefundener Bakterien eingeblasen, ohne dadurch eine Pneumonie hervorrufen zu können. Sobald er jedoch stark reizende Staubarten, wie Thomasschlackenmehl, gleichzeitig oder kurz vorher oder nachher einblies, so konnte er pneumonische Veränderungen erzeugen. Auch ohne Bakterien einzublasen, rief er Pneumonie hervor, wenn er nur die Staubarten einblies, was nicht Wunder nehmen kann, da ja in der Lunge unter normalen Verhältnissen die Bakterien bereits gefunden werden.

Auch dadurch, dass er Versuchstiere längere Zeit im Thermostaten bei 37° hielt und darauf unmittelbar in Eiswasser für 2—7 Minuten brachte, konnte er pneumonische Verdichtungen in der Lunge erzeugen, und zwar in mehreren Fällen echte lobäre, croupöse Pneumonien mit allen histologischen Merkmalen der menschlichen fibrinösen Pneumonie.

Diese „Staub- und Erkältungspneumonien" sind auf eine Schädigung des Lungengewebes zurückzuführen, welche den bereits vorher in der Lunge ansässigen Krankheitskeimen Gelegenheit zur Vermehrung und Entfaltung ihrer entzündungserregenden Eigenschaften giebt. Die schädliche Wirkung der Erkältung muss zurückgeführt werden auf das Auftreten einer intensiven akuten Hyperämie in den Lungen, welche die Folge ist von lokalen Anämien, die sich an der Stelle des Kältereizes ausbilden, und zwar wird die Hyperämie um so stärker sein, je ausgedehnter die lokale Anämie ist und je mehr Blut die Gefässe zuvor an den Stellen geführt haben.

H. Bischoff.

S. Bettmann, Harnstoff als Diuretieum. Berl. klin. Wochenschrift 1896, No. 49.

Im Anschluss an Klemperer's Empfehlung des Harnstoffs als Diureticum wurden in der Erb'schen Klinik mehrfache Versuche angestellt, die aber durchaus nicht zu Gunsten des Mittels zu sprechen scheinen.

Behandelt wurden im Ganzen zwölf Fälle: 3 Lebercirrhosen mit starkem Ascites, 4 Fälle von einseitiger seröser Pleuritis und 5 Fälle von Ergüssen in mehrere seröse Häute. Nur in 3 Fällen trat eine — übrigens nicht sehr beträchtliche — Steigerung der Diurese ein, die aber möglicher Weise auch auf andere Umstände zurückgeführt werden konnte. In allen anderen Fällen war der Erfolg ein minimaler oder blieb überhaupt aus; bemerkt sei dabei, dass in keinem Falle Veränderungen der Nieren vorlagen.

Ungünstige Einwirkungen wurden niemals beobachtet, obgleich die Gesammtmenge des verabreichten Harnstoffs recht beträchtlich war, beispielsweise in einem Falle 600 Gramm überstieg. Günstig schien in einem Falle von Pleuraexsudat die Darreichung von Harnstoff in Verbindung mit der Punktion zu wirken.

K. Kronthal.

N. Swoboda, Zur Aetiologie der Melaena. Wien. klin. Wochenschr. 1896, No. 41.

Verf. beschreibt 4 Fälle, die unter dem klinischen Bilde der Melaena verliefen. Gemeinsam ist diesen Fällen, dass die tödliche Blutung bei Neugeborenen — wie die Inspektion der hinteren Rachenwand intra vitam zeigte und die in allen 4 Fällen ausgeführte Sektion bestätigte — in der Nasenhöhle ihren Ursprung hatte; das Blutbrechen und die blutigen Stühle waren nur Folge des verschluckten Blutes.

Im Fall 1 handelte es sich um ein Kind, welches eine gonorrhoische Augenblenorrhoe aufwies, zu der sich eine eitrige Rhinitis mit schweren Allgemeinerscheinungen hinzugesellte; ob die Rhinitis durch Gonococcen erzeugt war, hat Vf. nicht untersucht. Im Verlaufe der Erkrankung traten auch heftige Blutungen aus kleinen Geschwürchen an den Zehen ein, die Verf. als Folge einer durch die Allgemeininfektion acquirirten Hämophilie deutet. — Im zweiten Fall fand sich bei der Sektion eine Pachymeningitis vasculosa post haemorrhagiam intermeningealem intra partum. Verf. führt in diesem Falle die tödliche Blutung aus der Nase auf ein rein mechanisches Moment zurück. Durch die intermeningeale Hämorrhagie war nach Verf.'s Meinung der intracranielle Druck enorm gesteigert, daher der Abfluss des Blutes durch die Blutleiter erschwert und die collateralen Venen der Nasen- und Rachenhöhle mächtig angeschwollen. — In Fall 3 und 4 handelte es sich um Kinder, die, mit hereditärer Lues behaftet, an Diphtherie erkrankten. Nekrotische Stellen wurden zur Quelle einer schweren Blutung aus der Nasenhöhle, die unter dem Bilde der Melaena zum Tode führte. — Verf. hält es sonach für notwendig, dass in jedem Falle von Melaena vera mit negativem anatomischen Befund eine genaue Untersuchung der Nasenhöhle vorgenommen werde. Stadthagen.

J. Schreiber, Ueber einen Phytobezoar im Magen einer Frau und dessen Diagnose (Operation, Heilung). Mitteil. aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. I. (5.)

Bei einer lithauischen Bäuerin, die über Herzbeklemmungen und Schmerzen zwischen den Schulterblättern, sowie über Mangel an Appetit klagte und die seit einer Reihe von Monaten einen faustgrossen Knoten im Leibe fühlte, wurde anfänglich eine dislocirte, bewegliche und degenerirte rechte Niere diagnosticirt. Da man aber auch an die Möglichkeit eines Kottumors denken musste, so wurden reichliche Kotentleerungen herbeigeführt, nach denen der Tumor in der That verschwand, sodass die Kranke bereits als geheilt entlassen werden sollte. Plötzlich aber gelang es dadurch, dass der untere Thorax bimanuell abwärts gedrückt wurde und dass man die Kranke kurze Spruugbewegungen machen liess, den Tumor wieder zur Perception zu bringen. Es wurde nunmehr die Diagnose auf eine frei im Magen befindliche, äusserst leicht bewegliche Geschwulst gestellt und ein operativer Eingriff dringend empfohlen. Die vorgenommene Operation bestätigte die Diagnose in vollstem Umfange. Man entfernte durch dieselbe eine über faustgrosse, höckerige, feste, harte, frei im Magen gelegene Geschwulst. Der Wundverlauf war ein normaler. Nach 3 Wochen wurde

Digitized by Google

die Kranke geheilt entlassen. Die Geschwulst stellte einen Phytobezoar dar, d. h. sie bestand, mikroskopisch betrachtet, in der Hauptsache aus Pflanzenzellen, ferner aus nicht entwirrbaren, zusammengepressten Pflanzenfasern mit eingestreuten Mikrococcen und Detritusmassen. Dieser Befund veranlasste eine genaue anamnestische Befragung der Patientin, wobei sich ergab, dass dieselbe als Heilmittel gegen vielerlei Leiden und Beschwerden sehr reichlich in Butter gebratene Schwarzwurzeln genossen habe. Ob diese Angabe allerdings thatsächlich mit jenem sonderbaren Befunde im Zusammenhange steht, ist noch zu bezweifeln. C. Rosenthal.

---

1) **F. X. Dercum** and **G. W. Spiller,** A case of syringomyelie, limited to one posterior horn in the cervical region, with arthropathy of the Shoulder-Joint and ascending degeneration in the pyramidal tracts. Journ. of nerv. and ment. dis. 1896, Sept.

2) **L. Huismans,** Ein Fall von Syringomyelie. D. med. Wochenschr. 1897, No. 8.

2) Der Kranke zeigte im Leben eine spastische Paraplegie der Beine, Sphincterenlähmung, eine rechtsseitige Schultergelenkserkrankung, dissociirte Empfindungslähmung am rechten Arm, Schulter und Rumpfhälte. Die Sektion erwies eine Höhlenbildung in dem Hinterhorn der rechten Seite in der Cervicalregion und eine Gliosis vom Conus terminalis aufwärts bis zur Höhe des zweiten Cervicalsegments. Ferner fand sich eine aufsteigende Pyramidenstrangdegeneration der beiden gekreuzten Pyramidenbahnen und rechts auch der vorderen Pyramidenbahn bis zur Höhe der motorischen Pyramidenkreuzung; die Degeneration war in der Höhe der unteren Cervicalregion am stärksten und nahm nach oben hin immer mehr ab. Auch die Kleinhirnstränge und die anterolateralen Stränge von Gowers waren aufsteigend degenerirt.

1) Bei einem Fuhrknecht, der im März 1895 auf den rechten Ellbogen und die Schulter fiel und bis April 1896 die Arbeit fortsetzte unter ziehenden Schmerzen im rechten Arm und Schulter, konnte 1896 (August) ein Symptomenbild festgestellt werden, das der Syringomyelie gleicht; es bestanden beiderseitige Muskelatrophie nach dem humero-scapularen Typus mit stellenweiser Hypertrophie, Kyphoskoliose, dissociirte Empfindungslähmung, Blasenlähmung, halbseitige Zungenatrophie, Nystagmus, Arthropathien, rechts Verlust des Patellarreflexes. — H. scheint den Zusammenhang der zur Zeit der Untersuchung ($1^1/_2$ Jahr nach dem Unfall) schon sehr weit vorgeschrittenenen und beiderseitigen Erkrankung mit dem Trauma für zweifellos zu halten und greift auf die Anschauung Eulenburg's zurück, indem er den Prozess durch eine Neuritis ascendens mit sekundärer Erkrankung des Rückenmarks (Höhlenbildung) zu erklären sucht. Die Anamnese und Entwicklung der Krankheit ist nur mangelhaft angegeben und könnte vielleicht eher als der damalige Befund über einen etwaigen Zusammenhang mit dem Trauma Aufschluss geben. Dasselbe war nur leichter Art, Fall durch Ausgleiten auf dem Pflaster. S. Kalischer.

Digitized by Google

Oppenheim und **Cassirer**, Zur Lehre von der sogenannten progressiven neurotischen Muskelatrophie. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. X. S. 143.

Bei einem 42jährigen Manne entwickelte sich im Laufe zweier Jahre eine atrophische Lähmung, besonders im Peronealgebiet, weiterhin aber auch die Handmuskeln, Triceps und Supinator befallend. Die Sensibilität blieb ungestört, es bestand aber EaR und Abschwächung der Sehnenreflexe. Von Störungen im Gebiete der Hirnnerven war nur eine Lähmung der Orbiculares oculi zu konstatiren. Der Verlauf war ein langsamer, mit langen Remissionen, und die Progression war nur eine geringe.

Während Oppenheim bei Stellung der Diagnose lediglich zwischen Polyneuritis und neurotischer Muskelatrophie schwankte, ergab die Sektion und mikroskopische Untersuchung des Nerven- und Muskelsystems überraschender Weise bei sonst geringfügigen Veränderungen nervöser Natur sehr schwere Läsionen in der Muskulatur, wie sie bei den primären Myopathien bekannt sind.

Die Verff. schliessen im Hinblick auf die mangelhafte Einheitlichkeit in den bereits früher erhobenen Befunden bei neurotischer Muskelatrophie, dass dieser sehr verschiedenartige pathologisch-anatomische Prozesse, u. a. auch rein myopathische, zu Grunde liegen können. M. Brasch.

A. Sack, Ein Fall von Dermatitis bullosa maligna. Ein Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus acutus. Virchow's Archiv. Bd. 149. S. 574.

Eine 73jährige kräftige Frau erkrankte plötzlich an beiderseits ganz symmetrisch, vorzugsweise auf der Beugeseite der Vorderarme, in den Achselgruben, in der Ano-inguinalgegend und auf den Ellenbeugen lokalisirten Erythemen, die nicht nur von intensivem Jucken, sondern auch von heftigen, an eine Beteiligung des peripherischen Nervensystems denken lassenden Schmerzen in den Vorderarmen begleitet waren. Zwei Tage später bildeten sich auf den Erythemflächen unzählige kleine Bläschen, an deren Stelle nach weiteren zwei Tagen bis bohnengrosse, mit einer klaren gelblichen Flüssigkeit prall gefüllte, äusserst resistente, namentlich an den Randpartien der befallenen Gebiete dicht gedrängt stehende Blasen traten. Diese erschienen nicht überall unmittelbar auf der erythematösen Basis, vielmehr ging ihnen oft ein papulöses Zwischenstadium voraus, so dass der Ausschlag vielfach einen polymorphen Charakter zeigte. Zum Teil nahm der Inhalt der Blasen, nachdem diese 5—6 Tage bestanden hatten, ein purulentes Aussehen an. Am 8. Krankheitstage erschienen Blaseneruptionen auch auf dem harten und weichen Gaumen, im Vestibulum und am Introitus vaginae, zugleich stellte sich hohes, remittirendes Fieber ein, das bis dahin nicht wesentlich gestörte Allgemeinbefinden wurde sehr schlecht und das Auftreten von Eiweiss, von Blasenepithelfetzen im Urin und andere Symptome sprachen für eine Beteiligung der Blasen- und Mastdarmschleimhaut, sowie der oberen Luftwege an dem bullösen Prozesse. Die Blasen auf der Haut wurden schliesslich grösstenteils purulent, platzten und hinterliessen ausgedehnte Epidermisdefekte. Die Patientin starb unter zunehmender Herzschwäche am 14. Krankheitstage. — Die Sektion bestätigte die Annahme, dass auch im Kehlkopfe, auf der Blasen- und Mast-

Digitized by Google

darmschleimhaut Blasen bestanden hatten. Die Verimpfung des klaren, serösen Inhalts einer schon während des Lebens excidirten Blase auf Agar- und Gelatineröhrchen hatte ein negatives Ergebnis, während die trübe Flüssigkeit einer anderen Kulturen von offenbar sekundär eingewanderten Staphylococcen ergab. Bei der histologischen Untersuchung fand sich aber auch in der Blase, deren Inhalt sich auf Agar und Gelatine steril erwiesen hatte, in den untersten Schichten des Rete, genau unter ihrem Gipfel, ein Herd von in einer Gloea eingebetteten Kapseldiplococcen, denen Vf. geneigt ist, eine ätiologische Bedeutung beizumessen. H. Müller.

---

1) **E. P. Friedrich**, Pachydermie im Anschluss an habituelles Gesichtserysipel. (Aus der kgl. med. Universitäts-Poliklinik zu Leipzig.) Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 2.

2) **M. Bernhardt**, Pachydermie bei habituellem Gesichtserysipel. Ebenda. No. 32.

1) Bei drei jugendlichen Individuen entstanden ausserordentlich häufig recidivirende Gesichtserysipele, die allmählich zu einer bleibenden derben Verdickung der Haut führten. Diese war immer an der Nasenwurzel besonders ausgesprochen, so dass Verf. eine solche Lokalisation für geeignet hält, als diagnostisches Kennzeichen für eine im Entstehen begriffene Pachydermie nach habituellem Erysipel zu dienen. Die dauernde Verdickung der Haut wird seiner Anticht nach dadurch bedingt, dass die normale Resorption des entzündlichen Exsudats ausbleibt und infolge der immer wiederkehrenden Entzündungen in dem noch nicht zur Norm zurückgelangten Gewebe in Verbindung mit der durch das Erysipel hervorgerufenen Lymphstase schliesslich eine Organisation des Exsudats erfolgt. Der Grad der Veränderungen im Lymphgefässsystem, von denen die Bildung des lymphatischen Oedems abhängt, ist für die Entwicklung der elephantiastischen Verdickung massgebend.

2) B.'s Patient, ein 50jähr. Telegraphenbeamter, erkrankte seinen Angaben nach zuerst 1896 an einer rosenartigen Entzündung der linken Augengegend, die nach etwa 8 Tagen von selbst wiederverschwand, während des nächsten halben Jahres indess 2—3 mal im Monat wiederkehrte und jedesmal 4—5 Tage anhielt. Dann traten die Anfälle häufiger auf, dauerten etwas länger und erstreckten sich allmählich auch auf die rechte Augenpartie und die Nase, später auf die Ohren, häufig auch auf die seitliche Halsgegend und den Kopf. Ihr Gang war fast stets der, dass zuerst die linke, dann die rechte Augengegend mit der Nase, hierauf das linke Ohr und endlich, bei gleichzeitiger Abschwellung der bisher ergriffenen Teile, das rechte Ohr, Hals und Kopf ergriffen wurden. In den letzten Jahren hat sich die Stärke der Schwellung und die Häufigkeit der Anfälle etwas vermindert. Erst $2^1/_2$ Jahre nach Beginn der Erkrankung bildeten sich unter den Augenlidern Beutel, die nicht wieder verschwanden. Gegenwärtig sieht das Gesicht geschwollen und gedunsen aus; die resistent sich anfühlende verdickte Haut ist nicht eindrückbar, zur Zeit der Exacerbationen erscheint sie stärker geschwollen, nimmt eine lividrote Färbung an und ist wärmer als die Umgebung.

Der Pat. selbst führt sein Leiden auf die unzweckmässige, beständige Zugluft veraulassende Ventilation des Dienstraumes, in dem er beschäftigt war, zurück. Zwei seiner Kollegen erkrankten fast gleichzeitig mit ihm in ähnlicher Weise, bliehen aber dauernd gesund, als sie bald daranf versetzt wnrden. Später stellten sich bei dem Pat. die Anfälle wiederholt in offenbarem Zusammenhange mit psychischen Erregungen ein. H. Müller.

O. Beuttner, Ulcera rotunda vaginae. Corresp.-Blatt f. Schweiz. Aerzte. 1897, No. 9.

In einem Aufsatz „Ulcera rotunda vaginae" teilt Verf. einen weiteren Fall der bisher nnr 8mal (5mal zufällig am Kadaver gefunden, 3mal intra vitam diagnosticirt) nachgewiesenen Affektion mit. Auch hier hat Verf. als ätiologisches Moment venöse Stannng in den utero-vaginalen Venen infolge linksseitiger Tuher-Schwangerschaft gefunden; die Stauung führte zu Blutungen in die Scheidenschleimhant, das hämorrhagisch infiltrirte Gewebe fiel der Nekrose anheim und es kam dann weiterhin zur Geschwürshildung.

Wie durch die mikroskopische Untersuchung der Geschwüre nachgewiesen werden konnte, findet die Regeneration durch Wucherung des Epithels vom Rande her statt. Dort, wo das Epithel noch fehlte, faud sich blutige Imbihition und unter derselben eine mächtige Phagocytose.

A. Martin.

J. Neumann, Beitrag znr Kenntnis der Blasenmolen. Wien. klin. Wochenschrift 1897, No. 4.

Verf. hat an der Klinik von Prof. Schauta innerhalb der letzten fünf Jahre 8 Fälle von Blasenmole beohachtet. Die 5 Blasenmolen, deren Trägerinnen nach der einfachen Ausräumung gesund bliehen, boten hei der mikroskopischen Untersuchung das gewöhnliche Bild. In den 3 restirenden Fällen, bei denen sich eine maligne Degeneration herausstellte (Decidnom), erhoh Verf. regelmässig denselhen Befund: die zelligen Wncherungen des Syncytiums und der Langhans'schen Schicht beschränkten sich hier nicht anf die Oherfläche der Zotten, sondern drangen auch in den Zottenleib ein.

Verf. hält diesen Befund hei der schon festgestellten Bedentung der Blasenmole für die Entstehung eines malignen Deciduoms für prognostisch sehr bedentungsvoll. A. Martin.

Lindenthal, Zur Aetiologie der sogenannten Kolpohyperplasia cystica. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 2.

Dem Verf. ist es nach langen Untersuchungen gelungen, den „Bacillus emphysematis vaginae" in kranken Geweben nachzuweisen und dasselhe Krankheitshild bei Tieren mit diesen Bacillen zu erzeugen. Der pathologische Prozess spielt sich rein lokal am Ort der Infektion ah durch Vermehrung der Bakterien; dieselhen produciren daselbst Gas, welches sich in den präformirten Lymphräumen verhreitet nnd dieselhen his zur Cystenbildnng erweitert. Ist die Gasentwicklung bis zu einem Punkt gediehen,

Digitized by Google

wo die Lymphräume nicht mehr erweiterungsfähig sind, dann reisst die zarte Wand derselben ein und es kommt zur Bildung von Hohlräumen mitten im Gewebe; die Gefässe reissen äusserst selten ein. Von einem Hohlraum kann es auch zur Bildung mehrerer derartiger kommen, so dass schliesslich eine Reihe communicirender Cysten vorhanden ist, von denen aber meistens nur im ersten Hohlraum die Bakterien nachweisbar sind. Die Bacillen sind in der Regel nicht eitererregend, es kommt deshalb in der Vagina nicht zu Abscessen, sondern zur Bildung von entzündlichen Infiltraten. A. Martin.

T. Halbertsma, Behandlung der Eclampsie. Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 42.

Verf. verfügt über 107 Eclampsie-Fälle, von denen 30 gegen Ende der Gravidität und 18 im Beginn des Geburtsaktes auftraten. Er ist, gestützt auf seine Erfahrung, der Ansicht, man müsse bei allen schweren Fällen aktiv eingreifen durch den Kaiserschnitt, wenn eine Dosis von 0,030 g Morphium ohne Erfolg geblieben sei. Mit der Operationsmethode Dührssen („tiefe Einschnitte ins Collum uteri") kann Verf. sich nicht einverstanden erklären, da die Prognose für das Leben des Kindes bei der Sectio caesarea bedeutend günstiger ist. Die Ansicht von LÖHLEIN und VEIT, in den meisten Fällen expectativ zu verfahren, weist Verf. zurück, da häufig ein bedächtiges Vorgehen die richtige Zeit zum aktiven Eingreifen vorübergehen liesse. A. Martin.

Jordan, Tubengravidität in einer Leistenhernie. (Aus der Klinik des Herrn Prof. CZERNY, Heidelberg.) Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 1.

Verf. teilt ausführlich einen bisher noch nicht beobachteten Fall mit, bei welchem es sich um Ruptur eines tuharen Fruchtsackes in einen Leistenbruch handelte. Es bestand eine Tubargravidität im dritten Monat. Der Fruchtsack hatte vom mittleren Abschnitt der Tube seine Entwicklung genommen und lagerte an der Basis des linksseitigen Leistenbruchsackes, in welchen das bei der Ruptur entleerte Blut sich ergoss. Für das Zusammentreffen von Ruptur und Beginn des Ileus bei der Patientin stellt Vf. zwei Möglichkeiten hin: entweder dass die Ruptur durch die Erscheinungen der Darmobstruktion herbeigeführt wurde, oder aber die Blutung erfolgte primär und veranlasste vielleicht durch Kompression den Ausbruch des Ileus. Pat. erlag nach wenigen Tagen dem Ileus, da die Operation erfolglos war. A. Martin.

R. R. Law, A case of acute septic general peritonits with septic metritis treated by antistreptococcic serum. Recovery. Brit. med. journ. 1897, Jan. 2.

Die scheinbar verlorene Pat. genas von einer ohne bekannte Ursache entstandenen schweren Peritonitis, nachdem ihr in Dosen von 3 ccm Streptococcenserum subkutan bis zur Gesammtmenge von 35 ccm einverleibt worden waren. A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **11. Dezember.** **No. 50.**

Die geehrten Abonnenten werden um rechtzeitige Erneuerung des Abonnements für das Jahr 1898 ersucht, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Inhalt: Nadler, Zur Histologie der Lippendrüsen. — Reiner und Schnitzler, Zur Kenntnis der Blutcirkulation im Gehirn. — Oswald, Ueber den Jodgehalt der Schilddrüsen. — Flatow und Reizenstein, Zur Xanthinbasenbestimmung im Urin. — Dastre und Floresco, Ueber Bilirubin und Biliverdin. — Delezenne, Ueber die Gerinnung des Vogelblutes. — Schlesinger, Ueber Akromegalie und partielle Makrosomie. — Biedl, Histologisches Verhalten der Nerven nach Durchschneidung. — Poppert, Operationsmethode bei angeborener Blasenspalte. — Kelling, Gegliedertes Oesophagoskop. — von Sematzki, Streptococcenkulturen bei malignen Tumoren. — v. Hippel, Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit. — Haug, Zur Casuistik der Neubildungen des äusseren Ohrs. — Graf, Ueber dauernde Heilungen nach Kehlkopfexstirpation. — Levy und Wolf, Bakteriologisches Nachschlagebuch. — Kühnau, Ueber die bakteriologische Blutuntersuchung. — v. Noorden, Ueber Eucbinin. — Keller, Ammoniakausscheidung bei Gastroenteritis der Säuglinge. — Brosch, Fall von carcinomatösen Strikturen des Darms. — Hampeln, Ueber den Auswurf bei Lungencarcinom. — Hoffmann, Muskelatrophie im Kindesalter. — Seifert, Villiers, Zur Lehre von der progressiven Muskelatrophie. — Bonnier, Schreibkrampf bei Morbus Brightii. — Deycke, Fall von tertiärer Sklerose. — Godson, Ueber Antisepsis in der Geburtshülfe. — Sutton, Ungewöhnlicher Fall von Tubenabort.

J. Nadler, Zur Histologie der menschlichen Lippendrüsen. Arch. f. mikr. Anat. L. S. 419.

Die Glandulae labiales des Menschen wurden bisher mit den Glandulae linguales für typische Schleimdrüsen gehalten. Durch die vorliegende Arbeit wird der Nachweis geführt, dass in ihnen zweierlei Zellen vorkommen, sowohl solche, welche dem von Heidenhain aufgestellten Typus der Schleimdrüsen entsprechen, als auch echte „seröse" Zellen. Die ersteren haben ein helles Aussehen, sie färben sich leicht mit Hämatoxylin, der Zellkern sitzt meist stark abgeplattet an der Basis, das Lumen der aus diesen Zellen zusammengesetzten Tubuli ist weit. Die „serösen" Zellen

hingegen sind charakterisirt durch ihre dunkle Farbe, feinkörnige Struktur, undeutliche Grenzen und leichte Tingirbarkeit mit Eosin. Ihr Kern ist rund und liegt in der Mitte. Das Lumen der Tubuli ist eng und vielfach gewunden. Beiderlei Zellen können nebeneinander in demselben Tubulus oder auch jede für sich in besonderen Tubulis vorkommen. Die Gianuzzi'schen Halbmonde werden nach den hier mitgeteilten Befunden sowohl aus „serösen", wie auch aus bereits zum kleineren Teile schleimhaltigen Zellen gebildet. Ueber ihre Bedeutung spricht der Verf. keine bestimmte Ansicht aus. Man vergleiche übrigens hierüber das Original.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Glandulae labiales als gemischte Drüsen anzusehen und daher mit der Glandula submaxillaris von Mensch, Affe, Meerschweinchen und Maus in eine Reihe zu stellen seien.

Brühl.

M. Reiner und **J. Schnitzler,** Beitrag zur Kenntnis der Blutcirkulation im Gehirn. Arch. f. experim. Path. XXXVIII. S. 249.

Verff. haben die Frage von Neuem geprüft, wie die Steigerung des arteriellen Blutdrucks auf die Blutcirkulation im Gehirn wirkt und welchen Unterschied es hierbei ausmacht, ob der Subarachnoidealraum intakt oder eröffnet ist, d. h. ob der Druck des Liquor cerebrospinalis besteht oder in Fortfall gekommen ist. Sie gingen nach der Methode von Gärtner und Wagner vor, indem sie bei curarisirten Hunden in das periphere (nach dem Kopf zu sehende) Ende der V. jugul. ext. eine Canüle vollständig einbanden, nachdem sie zuvor alle sonstigen Aeste dieses Venenstammes, die Hirnvene allein ausgenommen, ligirt hatten. Die aus der Canüle hervortretenden Blutstropfen zeichneten sich selbstthätig auf; zugleich wurde der Druck in der Art. cruralis registrirt. Die Steigerung des Blutdrucks wurde durch Reizung der peripheren Stümpfe der durchschnittenen Splanchnici erzielt. Jede Blutdrucksteigerung erzeugte einen vermehrten Blutzufluss und -Durchfluss durch das Gehirn (Fluxion), wie aus der Beschleunigung des aus der Jugularis austretenden Blutes hervorging, und zwar mochte es dabei keinen wesentlichen Unterschied aus, ob der Arachnoidealraum geschlossen oder eröffnet war. Auch bei der durch Strychninvergiftung erzeugten Blutdrucksteigerung war die Fluxion zum Gehirn nicht minder ausgesprochen, und auch hier machte es keinen wesentlichen Unterschied in Bezug auf den aus der Jugularis austretenden Blutstrahl aus, ob der Arachnoidalraum geschlossen oder eröffnet war. Danach scheint der Liquor cerebrospinalis unter physiologischen Bedingungen keine wesentliche Rolle für die Blutcirkulation im Gehirn zu spielen.

I. Munk.

A. Oswald, Ueber den Jodgehalt der Schilddrüsen. Zeitschr. f. phys. Chem. XXIII. S 265.

Ausgehend von den Bebachtungen Baumann's, nach welchen der Jodgehalt der menschlichen Schilddrüsen in Freiburg i. B. ein weit geringerer ist, wie in Berlin und Hamburg, hat Vf. diese Verhältnisse für die Schweiz genauer verfolgt. Gestützt auf ein umfangreiches Zahlenmaterial, betreffs dessen auf das Orig. verwiesen werden muss, kommt Vf. zunächst zu dem

Resultat, dass, entgegengesetzt den Beobachtungen Baumann's in Deutschland, in der Schweiz gerade in den Gegenden, in welchen der Kropf endemisch ist, die Schilddrüsen einen höheren Jodgehalt aufweisen, wie da, wo dieses nicht der Fall ist. Es fand sich ferner, dass alle Drüsen, welche viel Colloid enthalten, auch reich sind an Jod, und zwar entsprechend ihrem Colloidgehalt, und dass auch fast ohne Ausnahme die jodreichen Schilddrüsen viel Colloid enthalten. Da der Einwand naheliegt, dass der Jodgehalt der Schilddrüsen durch Gebrauch von Jodpräparaten beeinflusst sein könnte, hat Verf. weiterhin auch Schilddrüsen von Schweinen, Schafen und Kälbern aus verschiedenen Gegenden untersucht. Die Schilddrüsen von Schafen zeigten sich gleichfalls bei viel Colloid jodreicher. Der Jodgehalt der Schilddrüsen von Schweinen zeigte sich durchschnittlich in dem kropffreien Aargau höher als in Savoyen (Kropfgegend), aber die ersteren enthielten auch viel Colloid. Um ganz sicher zu gehen, untersuchte Verf. noch die Schilddrüsen von Kälbern vom linksseitigen Ufer der Aar, wo Kropf nicht vorkommt, und vom rechtsseitigen, wo der Kropf endemisch ist. Auch hier zeigten sich keine Beziehungen zum Kropf, vielmehr hing auch hier der Jodgehalt vom Colloidgehalt ab. E. Salkowski.

R. Flatow und **A. Reizenstein,** Zur Xanthinbasenbestimmung im Urin. D. med. Wochenschr. 1897, No. 23.

Die Vff. haben eine Anzahl vergleichender Bestimmungen der Alloxurbasen nach dem Krüger-Wulff'schen Verfahren und nach dem vom Ref. angegebenen Silberverfahren ausgeführt. Der Harn stammte teils von kräftigen, gesunden, teils von ganz leicht erkrankten jungen Männern und war frei von Zucker und Eiweiss. Von jedem Harn wurden 2 Alloxurkörperbestimmungen nach Krüger-Wulff, 2 Harnsäurebestimmungen und 2 Alloxurbasenbestimmungen nach der Silbermethode ausgeführt. Diese Doppelbestimmungen ergaben gut übereinstimmende Werte. Nach diesen Bestimmungen gelangen die Verff. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Die Bestimmung der Alloxurbasen im Harn nach der Krüger-Wulff'schen Methode ergiebt viel zu hohe Werte, etwa das Siebenfache. Dementsprechend sind auch die Alloxurkörperwerte zu hoch. 2. Die zu hohen Werte der Xanthinbasen lassen sich nicht durch einen konstanten Faktor auf die wirklichen zurückführen, da kein gleichbleibendes Verhältnis zwischen den beiden besteht. Nach der Krüger-Wulff'schen Methode beträgt die mittlere Tagesmenge der Alloxurbasen 206,9 mg, nach dem Silberverfahren dagegen nur 29 mg, welch' letztere Zahl mit früheren Angaben von Stadthagen in guter Uebereinstimmung steht. Nach der ersteren Methode schwankt das Verhältnis von Basen-N : Harnsäure-N von 1 : 1,7 bis 1 : 4,1, nach der Silbermethode dagegen von 1 : 10 bis 1 : 32,6. E. Salkowski.

A. Dastre et **N. Floresco,** Contribution à l'étude de la bilirubine et de sa transformation en biliverdine. Arch. de physiol. V. (9.) S. 475.

Die Vff. haben eingehend die Bedingungen des Ueberganges des roten Gallenfarbstoffes in den grünen studirt. Zunächst heben sie hervor, dass

das Bilirubin in der Galle nicht als solches, sondern nur als bilirubinsaures Alkali enthalten. In entfärbter Galle erwies sich Bilirubin als unlöslich. — Reines Bilirubin oxydirt sich unter gewöhnlichen Bedingungen spontan nicht in Biliverdin, dagegen ist dies der Fall mit bilirubinsaurem Alkali. An einer 0,066proc. Lösung von Bilirubin in einer 0,1proc. Sodalösung stellten die Verff. genauer die Bedingungen fest, unter denen die Oxydation vor sich geht. Von Einfluss sind ausser der alkalischen Reaktion die Gegenwart von Sauerstoff, Licht und Wärme. Das erstgenannte und letztgenannte Moment sind am wichtigsten, speziell die Wärme vermag für sich allein (bei einer Temperatur von 100°) die Umwandlung herbeizuführen. Bei gewöhnlicher Temperatur ist zum Uebergang in Biliverdin notwendig: Licht und Sauerstoff. Die einzelnen Komponenten des weissen Lichtes wirken annähernd gleich. Die normale Galle verhält sich in den eben genannten Punkten so wie eine alkalische Lösung von Bilirubin. In gleicher Weise verhalten sich beide auch gegen Wasserstoffsuperoxyd; sie zersetzen es fast momentan und selbst bei Abwesenheit von Licht und Sauerstoff unter Veränderung des Bilirubins. Aber nur bei frischer Galle tritt diese Zersetzung ein, nicht an zuvor zum Sieden erhitzter Galle. Die Vff. beziehen dieses Faktum auf ein in der Galle vorhandenes oxydirendes Ferment, das aus der Leber stammen soll, und auf dessen Gegenwart sie die nicht selten zu konstatirende Bildung von Biliverdin schon im Tierkörper, speziell in der Gallenblase, zurückzuführen.

Für ein solches Ferment spricht die von ihnen festgestellte Thatsache, dass etwas grüne Galle zu brauner gemischt, letztere alsbald grün färbt, dies jedoch nicht vermag, wenn sie zuvor gekocht wurde. Auch bläut frische grüne Galle Guajactinktur, nicht jedoch gekochte.

A. Loewy.

C. Delezenne, Recherches sur la coagulation du sang chez les oiseaux (IIme mémoire). Arch. de physiol. V. (9.) p. 347.

Verf. hatte beobachtet, dass Vogelblut mittelst Canüle entleert, auffallend langsam gerinnt gegenüber dem aus der Wunde direkt herausfliessenden. Dadurch ist die Möglichkeit gewonnen, reines Plasma zu erhalten und zu untersuchen. Verf. empfiehlt, das Blut mittelst einer aseptischen in die Carotis oder Art. axillaris eingeführten Canüle zu gewinnen und es dann wiederholt zu centrifugiren. Je länger man centrifugirt, um so leukocytenärmer und um so haltbarer ist das gewonnene Plasma, das in einzelnen Fällen erst nach einem Monat zu gerinnen begann. Es dauernd ungeronnen zu halten, ist dem Verf. bisher nicht gelungen. Er hält es für möglich, dass dies auf die Wirkung von Luftkeimen, die mit dem Plasma in Berührung gekommen seien, zurückzuführen ist. A. Loewy.

H. Schlesinger, Zur Kenntnis der Akromegalie und der akromegalie-ähnlichen Zustände (partielle Makrosomie). Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 19.

Vf. demonstrirt das radiographische Bild der Hand eines 28jährigen Kranken mit typischer Akromegalie. Das Skelett der abnorm grossen und

plumpen Haud ist im Ganzen verdickt, besonders massig sind die Epiphysenteile der Phalangen, ohne dass die Gelenkflächen selbst verändert sind. Auch die Metacarpi zeigen Zunahme des Knochenumfanges und Plumpheit. An einigen Metacarpophalangealgelenken ist die Entfernung zwischen den Gelenksenden abnorm gross. Auch Osteophytwucherungen an den Diaphysen der Phalangen sind erkennbar. Einzelne Grundphalangen zeigen Subluxationsstellung.

Verf. betont die Differenz zwischen der echten Akromegalie und den akromegalie-ähnlichen Verhältnissen der Syringomyelie.

Akromegalie.	Syringomyelie.
Die Hände erscheinen plump, die Finger wnrstförmig, sind oft abnorm lang und breit ohne sonstige Difformität.	Die Hände nnd Finger sind deformirt, verkrümmt, kontrakturirt, oft einzelne Finger auffallend verdickt, mitunter nur einzelne Phalangen vergrössert.
Muskelatrophien fehlen oder sind gering.	Muskelatrophien zumeist sehr markant, selten durch Hantveränderungen verdeckt.
Haut meist wenig verändert, nur wie am übrigen Körper. Die Nägel verbreitert, oft gerieft.	Haut oft enorm verdickt, schwere Hantveränderungen, nicht am ganzen Körper. Nägel oft nur rudimentär, krallenförmig.
Die Knochenverdickung ist eine gleichförmige aller Knochen des Handskeletts.	Einzelne Knochen des Handskelettes zeigen ganz besondere Verdicknng.
Die Vergrösserung betrifft stets beide obere Extremitäten.	Die Vergrösserung erfolgt oft nur an einer oberen Extremität.
Sensibilitätsstörungen fehlen fast immer.	Typische Sensibilitätsstörungen.

Bei der Syringomyelie wird das Grössenwachstum der Extremitäten dnrch eine Veränderung im Rückenmark eingeleitet, bei der Akromegalie bestimmt nicht.

Zum Schlnss teilt Verf. die Krankengeschichte eines anscheinend bisher nnbekannten Krankheitsbildes mit, eines Falles von partieller Makrosomie mit bulbären Symptomen. Bei einem 19jährigen Manne entwickelte sich im Verlauf eines Jahres eine beträchtliche gleichförmige Grössenzunahme der rechten Hand und doppelseitige Lähmung der Kehlkopferweiterer mit konsekutiver Kontraktnr. Es bestanden vorübergehende Störungen des Schmerz-, Temperatursinns nnd der Berührungsempfindung, eine Steigerung des rechten Patellarreflexes. Wollte man eine Syringomyelie annehmen, so müsste es sich nm einen neuen Typns derselben handeln. Vf. hält für das Wahrscheinlichste subakut verlaufende Veränderungen im Bereich der Mednlla oblongata und des Halsmarks (Sklerose oder Geschwulstbildung).

M. Rothmann.

A. Biedl, Ueber das histologische Verhalten der peripheren Nerven und ihrer Centren nach der Durchschneidung. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 17.

Bei 3 Kaninchen und 3 Hunden wurde je ein Ischiadicns durchschnitten und ein ca. 1 cm langes Nervenstück resecirt. Die Kaninchen

blieben 3, 8 und 28 Tage, die Hunde 5, 10 und 18 Tage am Leben. Die Untersuchungen des Rückenmarks und der Nerven wurden mit Nissl'scher und Marchi'scher Methode ausgeführt. Schon 3 Tage nach der Durchschneidung zeigten die entsprechenden Vorderhorn-Ganglienzellen Rarefikation und grobkörnigen Zerfall der färbbaren Substanz. Der periphere Stumpf zeigte beginnende Degeneration, der centrale war intakt. Nach fünf Tagen begann bereits die feinkörnige Degeneration der Ganglienzellen, nach 10 Tagen war dieselbe voll entwickelt. Am 18. Tage zeigte sich Zerfall des Zellleibs in Fragmente und Uebergang in homogene Degeneration. Im peripheren Nervenstumpf ging jetzt die Degeneration zurück, im centralen war sie in der Entwicklung. Nach 28 Tagen besserte sich die Färbbarkeit der Ganglienzellen, es zeigten sich wieder Andeutungen von Fortsätzen und Kern; auch im peripheren Stumpf setzte die Regeneration ein.

Was die Frage nach der Regeneration der Nerven betrifft, so ist es noch nicht endgültig entschieden, ob diese vom centralen oder peripheren Abschnitt des Nerven aus erfolgt. Aber auch die Ganglienzellen müssen, zum Teil wenigstens, regeneriren. M. Rothmann.

Poppert, Ueber eine Methode zur Erzielung eines normalen Blasenverschlusses bei angeborener Blasen- und Harnröhrenspalte. Archiv f. klin. Chir. LIII. S. 154.

Während die früheren Verfahren bei Ectopie und Epispadie die Herstellung physiologischer Verhältnisse normaler Blasenentleerung und regelmässigen Blasenverschlusses ausser Spiel liessen, ist bekanntlich beides neuerdings von PASSAVANT und TRENDELENBURG erstrebt worden. Letzterer hat in 5 von ihm operirten Fällen nachträglich Continentia vesicae erzielt. Um dieses von vorneherein zu erreichen, hat POPPERT in einem Falle (bei einem 15jährigen Knaben) ein Verfahren erfolgreich angewandt, durch welches der hintere, den Sphincter enthaltende Teil der neuen Harnröhre eine kurze Strecke weit in der Wand der Blase verläuft. Während bei der Operation nach TRENDELENBURG eine Dehnung der Blasennaht durch jede intravesicale Drucksteigerung erfolgt, hat bei der Methode P.'s eine solche nur der Blasenmuskeln, aber nicht des Schliessmuskels statt.

In dem von P. operirten Falle war die Geringfügigkeit der Diastase der Mm. rect. und der Symphyse nicht von wesentlicher Bedeutung für das Ergebnis. Ueberhaupt beeinträchtigt die Hochgradigkeit der Missbildung hier nicht den Modus operandi. P. hat in seinem Fall in drei Zeiten operirt und warnt vor dem Operiren in einer Sitzung. Das dreizeitige Operiren entspricht keiner Verlängerung der Kur, jeder einzelne Akt gewinnt an Sicherheit, Nachoperationen dürften nur selten erforderlich werden. P. musste bei seinem Pat. den 3. Akt wiederholen, da Brechbewegungen die Naht gesprengt hatten. Der 1. Akt, Bildung der Urethra mit ihrem Sphincter, ist von P. als zweiter ausgeführt worden. Er besteht in direkter Vereinigung, die nur im Bereich der Glans mittelst streifenförmiger Auffrischung vorgenommen wird. Genügende Wundflächen wurden durch Vertiefung der Einschnitte und Ablösung der seitlichen Wundränder geschaffen. Als Naht dient mit Hülfe eines Seidenfadens durchzuführender feiner Silber-

draht, der am 5.—6. Tage zu entfernen ist. Der 2. Akt ist der Verschluss der Spalte der vorderen Bauchwand zunächst der oberen zwei Drittel. Der 3. Akt, Verschluss der Lücke im unteren Teil des Blasenspaltes, erfordert Vorsicht, da beim Anfrischen der neuen Urethra am Uebergang der Nahtlinie der vorderen Beckenwand auf den Penisrücken eine Eröffnung des Harnkanals leicht statthaben kann. Zur Entgegenwirkung starken Pressens empfiehlt P. eine Entspannungsnaht. Verweilkatheter mit Hebereinrichtung in den ersten Tagen nach dem dritten Akt. P. Güterbock.

Kelling, Gegliedertes Oesophagoskop, welches durch Zug und Drehung streckbar ist. Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 34.

K. hat ein höchst sinnreiches Oesophagoskop konstruirt, welches geeignet erscheint, alle bisher gebräuchlichen Oesophagoskope zu verdrängen. K.'s Instrument ist folgendermassen gebaut: Es besteht aus einer Reihe cylindrischer Glieder, welche für den erwachsenen Menschen einen äussern Durchmesser von 13 mm, eine Länge von $1^3/_4$ cm und eine Wandseite von $1^1/_2$ mm haben. Jedes Glied trägt an dem einen Ende zwei Zungen, welche auf eine entsprechende Gelenkfläche des vorhergehenden Gliedes passen und an diesen durch Nieten befestigt sind. Die Enden der Glieder sind an der Vorderfläche abgeschrägt, während die Rückenfläche horizontal abgeschnitten ist, sodass hier die Glieder bei gestreckter Stellung aneinander schlagen. Die Glieder sind mit einem dünnen Gummischlauch überzogen. An der Rückenfläche eines jeden Gliedes ist nun innen eine Oese angebracht; durch diese Oesen geht vom obersten bis zum untersten Gliede ein Draht, durch den die Röhre gestreckt werden kann. Die Glieder sind nämlich an einer Hülse befestigt, welche in der Längsrichtung einen Einschnitt hat. Ueber diese Hülse schiebt sich eine zweite, welche mit einem entsprechenden Vorsprung in den erwähnten Einschnitt hineinpasst und sich schlittenartig in ihm verschieben lässt. An dem Vorsprung ist der Draht befestigt. Wird die kurze Hülse nach vorn geschoben, dann wird der Draht angezogen und die Röhre dadurch gestreckt. Dieses Verschieben der Hülse geschieht durch eine Hebelvorrichtung, an der gleichzeitig eine Arretirung angebracht ist, durch welche eine Ueberstreckung der Röhre verhindert wird. Für die Einführung des Apparates dient als Mandrin ein Stahlstäbchen mit unten angebundenem Schwamm, der bei jeder Untersuchung zu erneuern ist. Zur Beleuchtung wird ein Leiter'sches Panelektroskop oder die Kaspar'sche Handlampe, ev. eine mit Kühlvorrichtung versehene Platinschlinge verwendet. Die Einführung geschieht im Sitzen, wie die jeder anderen Oesophagussonde. Ist das Instrument eingeführt, dann legt sich der Pat. auf einen langen Tisch nieder, so dass der Kopf über die Tischkante hinabhängt. Der Kopf muss von einem Gehilfen unterstützt werden. Durch Druck auf die Hebelvorrichtung wird das Oesophagoskop gestreckt und gestattet nun einen freien Einblick in die Speiseröhre.

Das Instrument wird in verschiedenen Grössen von dem Mechaniker Albrecht in Dresden, Grunaerstr. 28 h, angefertigt. M. Borchardt.

Digitized by Google

J. v. Sematzki, Die Behandlung der malignen Tumoren mittelst der Streptococcenkulturen und der Mischkulturen von Streptococcus und Bacillus prodigiosus. Chl. f. allg. Pathol. 1897, No. 7.

Die Schlussfolgerungen, welche der Vf. aus der Beobachtung von vier Fällen zieht, sind folgende:

1. Die Injektionen wirken eher schädlich, da sie eine Wucherung der Neubildung lokal und eine Metastasirung derselben zu beschleunigen scheinen.

2. Indem sie mehr oder weniger eine starke allgemeine Reaktion seitens des Organismus gegen die artificiell erzeugte Sepsis hervorrufen, wirken die Injektionen auf den allgemeinen Zustand stark entkräftend.

3. Besonders precär scheint die Wirkung einer Mischkultur des Streptococcus erysipelatis mit Bacillus prodigiosus zu sein, da deren Injektion eine sehr stürmische allgemeine Reaktion erzeugt.

4. Ein Zusatz des Bacillus prodigiosus steigert ihre virulente Kraft in ungeheuer starker Weise. M. Borchardt.

A. v. Hippel, Ueber die operative Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit. D. med. Wochenschr. 1897, No. 25.

v. H. operirte 114 hochgradig myopische Augen, bei denen eine Kurzsichtigkeit zwischen 12—25 Dioptr. bestand, bei Patienten zwischen dem 6. und 61. Lebensjahre. So lange hochgradig Kurzsichtige noch korrigirende Brillen vertragen und mit deren Hülfe ein für ihre individuellen Arbeitsbedürfnisse genügendes Sehvermögen besitzen, liegt kein Grund zu einem operativen Eingriff vor, wenn es sich nicht um Kinder oder ganz jugendliche Individuen handelt, bei denen erfahrungsgemäss die Myopie, sich selbst überlassen, sehr schnell fortzuschreiten pflegt. Bei hochgradiger Kurzsichtigkeit auf beiden Augen giebt Verf. der doppelseitigen Operation vor der einseitigen den Vorzug, weil sie in den meisten Fällen die Wiederherstellung des vorher fehlenden binocularen Sehakts bewirkt. Entzündliche chorioditische Veränderungen bilden keine Kontraindikation für die Operation. Das zweckmässigste Verfahren zur Beseitigung der Linse bestand in der Discision und nachfolgender linearer Extraktion der getrübten Linsenmassen. Die durch die Operation erzielte Sehschärfe übertraf die ursprünglich vorhandene stets bedeutend. Die durch Aufquellen der Linse in manchen Augen hervorgerufene Drucksteigerung wurde durch die Extraktion derselben sofort beseitigt.

Die zuweilen nach der Operation beobachtete Netzhautablösung hält Verf. nicht im ursächlichen Zusammenhang stehend mit derselben, da excessiv myopische Augen häufig ohne jeden operativen Eingriff früher oder später an Amotio erblinden. Das Fortschreiten der Myopie aufzuhalten, ist die Operation nach Verfassers Erfahrungen wahrscheinlich im stande. Indessen gewährt sie gegen Chorioditis ebensowenig einen sicheren Schutz, wie gegen die Netzhautablösung. Horstmann.

Haug, Weitere Beiträge zur Klinik und pathologischen Anatomie (Histologie) der Neubildungeu des äusseren Ohres. Arch. f. Ohrenhlk. XLIII. S. 10.

1. Kleinzwetschengrosser Tumor von der vorderen oberen Wand des äusseren Gehörganges, und zwar dem knorpeligen Teile derselben, mit der Schlinge exstirpirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein myxomatös degenerirtes Fibrom mit Vacuolen- resp. Cystenbildung handelte. 2. Taubeneigrosse Geschwulst, die ganze Höhlung der rechten Ohrmuschel einnehmend, unverschieblich mit der Unterlage verwachsen in der Umsäumung des Meat. audit. ext. festsitzend. Nach der Exstirpation erweist sich die Geschwulst allseits fest mit dem Perichondrium verwachsen. Auf Grund der histologischen Untersuchung glaubt Verf. es mit einem plexiformen Angiosarkom mit hyaliner Entartung, resp. Cylindroma epitheliomatodes zu thun zu haben. Da an der Stelle der Geschwulst früher ein Muttermal bestanden haben soll, das wiederholt geätzt worden war, so glaubt Verf., mit Rücksicht auf den reichen Pigmentgehalt der untersten Retezellen, dass der Tumor aus dem durch die Aetzung metamorphosierten Naevus entstanden sei. 3. $2^1/_2$ cm langer Polyp, von der hinteren oberen Hälfte des Trommelfelles mit der Schlinge entfernt. Bemerkenswert sind die an 2 Stellen vorhandenen Knorpeleinlagerungen in dem myxomatösen Fibrom. 4. Elephantiasis auriculae dextrae bei einem 20jähr. Mädchen. Die Ohrmuschel ist um mehr als doppelt so gross, als die der linken Seite, hat ein rötlich-violettes Aussehen und erscheint in ihrem knorpeligen Teil stark verdickt. An der vorderen Fläche, nahe der Peripherie, mehrere warzenähnliche, derbe Prominenzen. Die histologische Untersuchung eines excidirten Stückes ergiebt im Wesentlichen „Lymphangiom mit Cavernom". Schwabach.

Graf, Ueber dauernde Heilungen nach Kehlkopfexstirpation wegen Carcinom. (Aus der Berl. chir. Universitätsklinik v. Bergmann's.) Archiv f. Chirurgie. XXV. (2.)

Die Radikaloperation wegen bösartiger Neubildungen wurde während der Zeit 1883—1896 48mal ausgeführt, und zwar 20mal als totale Exstirpation, 19mal als halbseitige und ausgedehntere Knorpelresektion und 9mal als Resektion kleiner Abschnitte des Kehlkopfes. 47mal handelte es sich um Carcinom, 1mal um ein malignes Enchondrom. Am häufigsten kam das Carcinoma keratoides Waldeyer's zur Beobachtung, das meist vom wahren Stimmband ausgeht. Von den Kranken waren 42 Männer, 6 Frauen. Fast jedes Lebensalter vom 31. bis 72. Lebensjahr war vertreten. Die beiden ältesten Patienten, 71 und 72 Jahre alt, verliessen geheilt die Klinik. Einer jeden Operation ging die Tracheotomie und das Einführen einer Tamponkanüle in die Trachea meist unmittelbar voraus. Als Tamponkanüle hat sich die Hahn'sche am besten bewährt; am Schluss der Operation wurde sie mit einer gewöhnlichen vertauscht. Die Exstirpation begann meist mit der Laryngofissur. In 12 Fällen war die Umgebung ergriffen, so dass Teile des Pharynx, des Oesophagus und der Trachea entfernt wurden. Drüsenmetastasen bestanden in 8 Fällen; zwei sind dauernd geheilt. Ein besonderer Wert wurde nach Schluss der Operation auf sorg-

Digitized by Google

fältigen Abschluss der Wunde und Pharynx einerseits und Wunde und Trachea andererseits gelegt. Auf das spätere Einsetzen eines künstlichen Kehlkopfes wurde bei der Totalexstirpation verzichtet.

Die Resultate sind: Von 11 in den Jahren 83—90 incl. Operirten mit totaler Exstirpation starben unmittelbar nach der Operation 5 = 45,5 pCt., dagegen von 9 in den Jahren 91—96 Operirten nur 1 = 11,1 pCt. Als dauernd geheilt kommen 2 = 10 pCt. angesehen werden (7 und 3 Jahre). Von den halbseitig Operirten starben an unmittelbaren Folgen der Operation von 11 vor 91 Operirten 4 = 36,4 pCt., von 8 nach 91 Operirten 1 = 12,5 pCt. Dauernd geheilt sind 4 Kranke = 21 pCt., und zwar 1 seit $11^1/_4$, 1 seit $8^1/_2$, 1 seit $5^1/_2$ und 1 seit $2^1/_2$ Jahren. Von diesen vier Geheilten trägt 1 eine Kanüle mit Ventilverschluss, die übrigen tragen keine Kanüle und sprechen mit heiserer, aber vernehmbarer Stimme, die meist durch Anlegen des erhaltenen Stimmbandes an die vorspringende Narbe zu stande kommt.

Von den 9 Resecirten starben 3. Dauernd geheilt sind 4 = 44,4 pCt. Keiner trägt eine Kanüle. W. Lublinski.

Levy und **Wolf**, Bakteriologisches Notiz- und Nachschlagebuch. Strassburg, 1897. Fr. Bull's Verlag.

Das in seiner Ausstattung und im Format den in demselben Verlage erschienen Arzneiverordnungen von Rabow nachgebildete Buch bringt auf 120 Seiten alles für bakteriologisches Arbeiten Notwendige in sehr übersichtlicher Anordnung. Nachdem in der Einleitung ein kurzer Abriss der Morphologie und Biologie der Mikroorganismen gegeben ist, werden die verschiedenen Sterilisations- und Desinfektionsmethoden beschrieben. Ausführlich werden darauf die Rezepte für die einzelnen Nährböden angegeben, bei welchem Kapitel vielleicht vorteilhaft die besten Bezugsquellen für die Ingredienzien hätten angegeben werden können. Die bakteriologischen Untersuchungsmethoden, wie Kulturverfahren, Färbemethoden, Tierexperimente, Sektionstechnik, und auch die speziellen Methoden der Untersuchung der Luft, des Wassers und Bodens werden darauf besprochen und in kurzer Form wird das Wesentlichste gebracht. Bei der Aufzählung der Mikroorganismen sind zunächst die Schimmelpilze, dann die Sprosspilze, darauf die Bakterien und endlich die Protozoen angeführt, und zwar sind die Vertreter in den einzelnen Gruppen alphabetisch geordnet, was ein schnelles Auffinden ermöglicht. Einen Nachteil hat allerdings diese Gruppirung des Stoffes insofern, als dadurch Bakterien, welche nahe verwandt sind, oft weit auseinanderstehen und überhaupt eine systematische Anordnung nicht möglich ist; da das vorliegende Werk jedoch nicht den Anspruch erhebt, ein Lehrbuch zu sein, sondern nur als Notiz- und Nachschlagebuch Verwendung finden soll, so ist diese Anordnung des Stoffes wohl die gegebene, da sie das Auffinden der einzelnen Mikroorganismen sehr erleichtert.

In einem Anhang ist schliesslich das Wichtigste aus der Heilserumslehre geboten, soweit dies für die Therapie und auch für die Diagnose in Frage kommt. Somit ist das Buch für den praktischen Arzt recht wert-

voll, indem es ihm ermöglicht, sich schnell über einzelne Fragen zu orientiren; aber auch für den Bakteriologen ist es ein angenehmes Nachschlagebuch, besonders bei der Herstellung von Nährböden und Farben. Da es mit weissem Papier durchschossen gebunden ist, so ist es auch leicht möglich, neue Entdeckungen kurz nachzutragen. H. Bischoff.

Kühnau, Ueber die Resultate und die Leistungsfähigkeit der bakteriologischen Blutuntersuchung im Dienste der klinischen Diagnostik. Zeitschr. f. Hyg. 1897. XXV. (3.) S. 492.

K. teilt die Resultate von 192 bakteriologischen Blutuntersuchungen mit. In der Mehrzahl der Fälle, 169 mal, hat er die Vena mediana blossgelegt und die Vene dann direkt punktirt. Diese Methode hält er für die einwandfreiste, während er diejenige, nach welcher durch Stich in die Fingerkuppe oder mittelst Schröpfens das Blut gewonnen wird, als weniger leistungsfähig und zu Irrtümern verleitend ansieht. Er entnahm 10 ccm Blut, welches er zunächst in 50 ccm Bouillon aufschwemmte, um dann mit der Aufschwemmung zahlreiche Agar- und Gelatineplatten zu giessen. Er konnte bei 41 Todesfällen 11 mal Typhusbacillen nachweisen, niemals fand er ein anderes Bakterium, abgesehen von nicht absolut zu umgehenden Verunreinigungen der Platten durch Luftcoccen, Hefen, Sarcine oder Schimmelkolonien.

Von 23 zum Teil wiederholt untersuchten Fällen von septisch-pyämischen Allgemeinerkrankungen fanden sich nur in dreien Bakterien im Blut, und zwar 2 mal Streptococcus pyogenes, 1 mal Streptococcus pyogenes aureus. Die Zahl der gefundenen Blutkeime war stets eine geringe. In den übrigen Fällen wurden Bakterien im Blute nicht nachgewiesen.

Bei der ulcerösen Endocarditis fand er unter 12 Fällen nur einmal Staph. pyog. aur., während er bei der benignen Endocarditis bei 67 Fällen, von denen 7 in die maligne Form übergingen, nur 1 mal einen mässig virulenten Staph. pyog. aur. fand; alle anderen Fälle lieferten ein negatives Resultat, obwohl die Erkrankung bei 18 derselben mit Angina lacunaris und phlegmonosa einsetzte.

Bei lokalisirten purulenten Prozessen gelang der Nachweis des Krankheitserregers in keinem Falle, obwohl mehrfach Staphylococcen wuchsen, welche aber K. stets als zufällige Verunreinigungen ansprechen zu müssen glaubt.

Aus der ganzen Arbeit ist zu ersehen, mit welcher peinlichen Exaktheit bei bakteriologischen Blutuntersuchungen gearbeitet und welch' scharfe Kritik an die Befunde gelegt werden muss, sobald mit spezische Krankheitserreger gefunden werden. H. Bischoff.

C. v. Noorden, Ueber Euchinin. Centralbl. f. inn. Med. 1896, No. 48.

Das Euchinin (Chinincarbonsäureäthylester) entsteht durch Einwirkung von chlorkohlensaurem Aethyl auf Chinin. Es besteht aus zarten, weissen Nadeln, schmilzt bei 95° C., ist schwer löslich in Wasser, leicht in Alkohol, Aether und Chloroform; die Lösung reagirt basisch auf Lakmuspapier

Digitized by Google

und bildet mit Säuren gut krystallisirende Salze. Die Versuche wurden stets mit der Base Euchinin ausgeführt. Das Resultat lässt sich dahin zusammenfassen, dass das Enchinin die charakteristischen Heilwirkungen des echten Chinins zeigt, während dessen störende Eigenschaften, wie schlechter Geschmack, Störung des Appetits, Ohrensausen, Eingenommenheit des Kopfes u. dergl. nur in geringem Maasse sich bemerkbar machen. Ein grosser Vorzug vor dem Chinin liegt namentlich in der fast völligen Geschmacklosigkeit des Mittels. Die Versuche erstrecken sich auf eine Reihe von Fällen, bei denen die Anwendung des Chinins indicirt erschien, so bei Keuchhusten, Febris hectica, remittens oder intermittens bei Sepsis, Pneumonie, Abdominaltyphus, Neuralgieen; leider fehlen Beobachtungen bei Malaria. Was die Dosis betrifft, so scheint etwa 1 g Chininsalz in seiner Wirkung $1^1/_2$—2 g Euchinin zu entsprechen. Verabreicht wurde das Mittel Erwachsenen in Oblaten, Kindern in Milch, Suppe oder Cacao.

K. Kronthal.

A. Keller, Ammoniakausscheidung bei Gastroenteritis im Säuglingsalter. Cbl. f. inn. Med. 1896, No. 42.

Verf. fand, dass bei Säuglingen, die an Gastroenteritis leiden, der mit dem Ammoniak ausgeschiedene Stickstoff im Verhältnis zum Gesammtstickstoff des Harns vermehrt ist. Bei leichten Dyspepsien fanden sich im Verhältnis zum Gesammt-N 3—9 pCt. Ammoniak-N, bei schweren Dyspepsien bis zu 30 pCt., bei Gastroenteritis bis zu 40 pCt. Da das Ammoniak im Körper die Funktion der Säureneutralisation zu üben hat, so liegt der Schluss nahe, dass es sich um eine durch Säure-Intoxikation vermehrte Ammoniakausscheidung bei diesen Fällen von Magendarmstörungen der Säuglinge handelt. Da die Leber zur Blutalkalescenz und Säure-Intoxikation in Beziehung steht, so ist der Zustand dieses Organs besonders zu berücksichtigen. THIEMICH hat Befunde von Leberdegeneration bei Gastroenteritis mitgeteilt. Vf. selbst fand in 8 Fällen, die zur Obduktion kamen, vollständige Uebereinstimmung zwischen den Urinuntersuchungen und den Obduktionsbefunden: die Lebererkrankung war um so schwerer, je höher die Zahlen waren, die er für das Verhältnis Ammoniak-N : Gesammt-N in dem betreffenden Fall intra vitam konstatirt hatte; in einem Falle von Gastroenteritis, wo Verf. normale Ammoniakausscheidung fand, fehlte auch die Leberdegeneration.

Stadthagen.

A. Brosch, Ein seltener Fall von multiplen, carcinomatösen Strikturen des Darmes. D. Arch. f. klin. Med. 1896. LVII. (5/6.) S. 606.

B. berichtet über einen Fall von multiplen carcinomatösen Strikturen des Darmes bei einem 40 Jahre alten Verstorbenen, der an einer Perforationsperitonitis zu Grunde gegangen war. Es handelte sich hier zweifellos um drei Strikturen des Darmes, die auf dem Wege der Lymphbahnen entstandene sekundäre Carcinome darstellten. Sie sind die Effekte einer von einem Magencarcinom ausgehenden Lymphadenitis und Lymphangitis carcinomatosa des Gekröses, welche sich auf das subseröse Lymphnetz des Darmes fortpflanzte. Wohl zu unterscheiden sind dieselben von sekundär

auftretenden Peritonealcarcinomen, welche ihrerseits auf dem Wege einer Kontaktinfektion entstehen. C. Rosenthal.

P. Hampeln, Ueber den Auswurf beim Lungencarcinom. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. (3/4.)

Das Lungencarcinom ist nicht so selten und auch nicht so schwer zu diagnosticiren, wie von Manchen angenommen wird. Allerdings bleibt das in einzelnen, isolirten Knoten auftretende, oft metastatische Carcinom der Lunge leicht verborgen; dagegen zeigt die mehr den primären Fällen eigene diffuse Form folgende wesentliche Züge des Krankheitsbildes: 1. Einseitige Verdichtungserscheinungen der Lunge, entweder zur Ausdehnung oder zur Retraktion des Thorax führend; 2. Reizerscheinungen der Bronchien, Husten und Auswurf; 3. Reizerscheinungen der Pleura mit Bildung von Exsudaten des verschiedensten Charakters; 4. Druckerscheinungen auf benachbarte Organe, besonders Nerven und Venenstämme; 5. fortschreitende kachektische Allgemeinerscheinungen. Zu diesen bald vereinzelt, bald in den verschiedensten Kombinationen auftretenden tritt nun die Beschaffenheit des Auswurfs. Makroskopisch ist der blutige Charakter desselben bemerkenswert; meist handelt es sich um rasch vorübergehende, 2—3mal wiederkehrende, geringfügige Blutungen; seltener wird eine auffallend lange Dauer der nicht-copiösen Blutbeimengung konstatirt. Diese hämorrhagische Beschaffenheit des Sputums, seine zähe Konsistenz, sein zeitliches Verhalten ist von grosser diagnostischer Wichtigkeit. Der Nachweis von Krebspartikeln im Auswurf ist zwar von grösster Bedeutung, kann aber nur sehr selten geliefert werden. In mikroskopischer Beziehung weist Vf. auf die polygonalen Alveolarepithelien hin, die — häufig pigmentirt — in vereinzelten Exemplaren bei den verschiedensten Krankheiten, ja selbst unter scheinbar normalen Verhältnissen im Sputum vorkommen. Finden sich nun in den Sputis, wenn auch nur an einem Tage, ausschliesslich oder doch vorwiegend solche von Pflaster- und Cylinderzellen leicht zu unterscheidende pigmentfreie, polymorphe Polygonalzellen verschiedenster Grösse, mit deutlicher Kerncontour und deutlichem Nucleolus, in Haufen und getrennt, einzelne von Riesenform, so erscheint der Schluss gerechtfertigt auf das Vorhandensein einer Neubildung, welche diese sonst nicht vorkommenden Gebilde producirt. In der That begegnet man diesen Gebilden nach den Erfahrungen des Verf.'s ausschliesslich in nachgewiesenen oder als solchen kaum anzuzweifelnden Carcinomfällen. Perl.

J. Hoffmann, Weiterer Beitrag zur Lehre von der hereditären progressiven Muskelatrophie im Kindesalter. Deutsche Zeitschr. f. Nervenhlk. 1897. X. (3/4.)

Zu seinen früheren Fällen (D. Zeitschr. f. Nervenheilk. III. S. 427) fügt Verfasser zwei neue von familiärer resp. hereditärer, progressiver spinaler Muskelatrophie hinzu. Im ersten Falle, in welchem 2 von 8 Geschwistern dasselbe Leiden hatten, begann bei dem $2^1/_2$ Jahre alten Mädchen die Störung im 8. Lebensmonat mit schlaffer Parese der beiderseitigen Hüft-, Gesäss- und Oberschenkelmuskeln; dazu traten im Verlauf von Mo-

naten symmetrische Lähmungen der Rücken-, Hals-, Schulter- und schliesslich auch der Ober- und Unterarm-, Hand- und Unterschenkelmuskulatur; neben der Lähmung bestand Atrophie, Verlust der Sehnenreflexe, sekundäre Gelenkveränderungen und vermutlich, wie bei 2 anderen bereits verstorbenen Geschwistern, auch Entartungsreaktion. — Hirnnerven, Intelligenz, Sphincteren, Sensibilität blieben bis zu dem im Alter von $2^1/_2$ Jahren an sekundärer Lungenaffektion erfolgten Tode unversehrt. Die anatomische Untersuchung ergab symmetrische, sehr starke Degeneration des peripherischen Neurons aller unterhalb des Hypoglossus abgehenden motorischen Nervenpaare, Schwund und Degeneration der multipolaren Vorderhorn-Ganglienzellen, Degeneration der vorderen Rückenmarkswurzeln, der peripherischen Nerven und der intramuskulären Nervenstämmchen, ferner deutliche Degeneration der Pyramidenseitenstränge und der Türk'schen Bündel; an den Muskeln fand sich einfache Atrophie in allen Stadien ohne völligen Schwund der Fasern und ohne ausgebreitete Lipomatose (ausser in einem Wadenmuskel); auch fehlte jede Kernvermehrung. Dieser Befund deckt sich mit einem früheren des Verf.'s fast völlig, der aus einer anderen Familie (Dreiling) stammte, und spricht zu Gunsten der Annahme einer Neuropathie, einer chronischen spinalen Amyotrophie auf hereditärer Basis. — Dasselbe Krankheitsbild beschreibt H. bei einer dritten Familie, in welcher 8 Geschwister an dieser Affektion litten; eine gesunde Schwester dieser 8 Kranken hatte wiederum 3 Kinder, welche an der gleichen Affektion litten. Auch hier liegt der Beginn im ersten Lebensjahre mit atrophischer Lähmung der Becken- und Oberschenkelmuskulatur und allmählicher Progression auf den Rumpf und die demselben anliegenden Teile; es bestand EaR etc.; es fehlten fibrilläre Zuckungen, Muskelhypertrophie u. s. w. Im Ganzen dürften ca. 22 einschlägige Fälle in der Litteratur verzeichnet, davon 8 ärztlich untersucht und 4 secirt sein; konstant fand sich eine Erkrankung des peripherischen motorischen Neurons und einfache Atrophie der Muskeln, 3mal auch Vorderseitenstrangdegeneration. Die Fälle lehren, dass es nicht nur für die Muskeldystrophien und neurotischen, sondern auch für die myelopathischen (resp. spinalen und bulbären) Lähmungen und Atrophien Fälle und Beispiele auf hereditärer Basis giebt.

H. unterscheidet vier Varietäten der hereditären progressiven spinalen Muskelatrophie: 1. früh-infantiler, descendirender spinaler Typus (WERDNIG, HOFFMANN), am Stamm beginnend; 2. infantiler, bulbär-paralytischer Gesichtstypus (FAZIO, LONDE); 3. Duchenne-Aran'scher Typus (STRÜMPELL, GOWERS); 4. eine Uebergangsform (BERNHARDT).

Die direkte Erblichkeit, die Abwesenheit fibrillärer Zuckungen, das Fehlen der Entartungsreaktion können heute nicht mehr gegen das Vorhandensein eines spinalen Ursprungs geltend gemacht werden und sind auf dem Gebiete der Muskelatrophie durchaus nicht ausschlaggebend. Ferner verträgt sich die einfache Atrophie der Muskelfasern sehr wohl mit einer chronischen Degeneration der Ganglienzellen und des ersten motorischen Neurons resp. mit einer Vorderhornerkrankung.

S. Kalischer.

1) **P. Seifert,** Zur Lehre von der progressiven Muskelatrophie. Jahresber. d. Dresd. Ges. für Nat. u. Heilk. 1896.

2) **Villiers,** Un cas d'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne. Journ. méd. de Bruxelles 1897, 14 Janvier.

1) Bei einem 11jährigen Knaben wurden schon am Ende des ersten Lebensjahres Atrophien am Rücken, Becken und an den Oberschenkeln wahrgenommen. Im 8. Jahre wurden Hals, Schultern und Arme ergriffen, schon vorher waren die Gesichtsmuskeln befallen worden. Zuletzt schritt die Krankheit auf Unterarme, Unterschenkel und Brustkorb über. Fibrilläre Zuckungen, Hypertrophie und Pseudohypertrophie oder EaR waren nie vorhanden, der Tod erfolgte an Pneumonie. Rückenmark und Nerven wurden normal befunden; an der Muskulatur fand sich Hypertrophie und Atrophie der Fibrillen, Bindegewebswucherung und Fettbildung.

Verf. demonstrirte sodann einen 8jährigen analog erkrankten, aber in einem früheren Stadium der Erkrankung befindlichen Knaben und zwei Fälle von juveniler Muskelatrophie.

2) Ein typischer Fall bei einer 52jährigen Frau mit ebenso typischem Sektionsbefund und ziemlich schnellem Verlauf. Zu erwähnen ist der Beginn, welcher plötzlich mit einer Lähmung in einem Arm von kurzer Dauer geschah, worauf es dann zum Muskelschwund kam. Intercurrent trat eine Hirnblutung auf, deren Folgen überwunden wurden, und ein epileptischer Anfall, dessen Ursache der Vf. nicht befriedigend erklären kann.

M. Brasch.

P. Bonnier, Sur un cas de crampe professionelle symptomatique de la maladie de Bright. Soc. de biol. 1896, 15 Févr.

Ein Telegraphenbeamter bekam im Anschluss an eine Variola den Morbus Brighti und zugleich einen professionellen Krampf in Fingern und Hand, aber auch Zuckungen in anderen Körperteilen. Er wurde Schreiber; auch hier störte ihn der Krampf. Der Kranke wurde von allen Capacitäten behandelt — ohne Erfolg. Der Vf. konstatirte bei ihm noch immer die Zeichen des Morbus Brighti und setzte ihn auf Milchdiät. Sehr bald besserte sich der Zustand, um sich beim Aussetzen dieser Lebensweise weiter zu verschlechtern. Der Verf. meint, dass hier Morbus Brighti und Beruf bei der Entstehung des Leidens zusammenwirkten. M. Brasch.

G. Deycke, Ein Fall von tertiärer Sklerose. (Aus der Abteil. des Dr. Engel-Reimers.) Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten. I. S. 410.

Bei einem jungen Manne, der sich vor drei Jahren syphilitisch inficirt hatte, bestand seit etwa sechs Monaten an der Nase, der Wange und Unterlippe ein ulceröser Ausschlag, der zunächst für einen Lupus vulgaris gehalten und dementsprechend — aber ohne Erfolg — behandelt wurde. Inzwischen entwickelte sich innerhalb weniger Tage am inneren Präputialblatte ein 2 cm langer, 1 cm breiter derbelastischer

Tumor, der einem syphilitischen Primäraffekte zum Verwechseln ähnlich sah und sich nur durch das Fehlen von Inguinaldrüsenschwellungen von einem solchen unterschied. Unter der nun eingeleiteten antisyphilitischen Behandlung heilte der Ausschlag im Gesicht rasch ab, die Sklerose dagegen zeigte sich hartnäckiger und wurde deshalb excidirt. Das histologische Bild, welches sie bot, war von dem eines Primäraffektes sehr wesentlich verschieden. In der Cutis fanden sich, oft in deutlichem Zusammenhange mit Gefässen, zahlreiche miliare Gummata in allen Entwicklungsstadien, frische, aus epithelioiden Zellen bestehende und ältere, die im Centrum verkäst waren. Auffallend reichlich sah man in ihnen Riesenzellen, kleinere sowohl wie grosse Langhans'sche. Ausserdem bestanden überall in der Cutis im Anschluss an die Gefässwände mehr diffuse Zellanhäufungen. Das collagene Gewebe war sehr ausgiebig entwickelt und veranlasste wohl das Gefühl elastischer Derbheit. Endlich erschien die ganze Cutis geradezu übersäet mit Mastzellen. — Interessant ist die Aehnlichkeit der histologischen Struktur dieses syphilitischen Tumors mit der Tuberkulose, da das einzelne miliare Gumma von einem Miliartuberkel gar nicht zu unterscheiden war. H. Müller.

Cl. Godson, Valedictory address in antiseptic midwifery. The Lancet 1897, Jan. 23.

Bei dem in England noch nicht völlig ausgefochtenen Kampf über Antisepsis in der Geburtshülfe erhebt G. — der Arzt des City of London-Gebärhauses — seine Stimme zu Gunsten der Antisepsis. Sein Argument ist eine Zusammenstellung über die Resultate der Geburten in einem grossen Londoner Gebärhaus. Es starben:

1833—1860: 3,088 pCt.
1861—1877: 1,696 „

in der antiseptischen Periode:

1880—1887: 0,618 pCt. A. Martin.

Bland Sutton, An unusual case of tubal abortion. The Lancet 1897, Febr. 13.

Das Eigentümliche des Falles besteht darin, dass sich drei untereinander nicht zusammenhängende Blutcoagula von Nierenform und -Grösse ausserhalb der schwangeren Tube im Bauchraum fanden. Das Ei war in der Tube in ein typisches Gemenge von Eihautteilen und Blutgerinnsel umgewandelt.

Nach der Anamnese mussten die drei Gerinnsel in drei ausgesprochenen Schmerzanfällen, die je einen Monat auseinander lagen, erfolgt sein. Sie zeigten die Gestalt von Ausgüssen einer Sactosalpinx serosa.

A. Martin.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. **18. Dezember.** **No. 51.**

Die geehrten Abonnenten werden um rechtzeitige Erneuerung des Abonnements für das Jahr 1898 ersucht, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Inhalt: Bardach, Gerinnungsursache erhitzter Milch. — Schmiedeberg, Ueber die Zusammensetzung der Eiweisskörper und Natur der Melanine. — Virchow, Rolle der Gefässe und des Parenchyms in der Entzündung. — Lennander, Behandlung der Ruptur der Harnröhre. — Schüller, Ueber den chronischen Gelenkrheumatismus und seine Behandlung. — Radestock, Beiträge zur Narkosefrage. — Hahn, Ueber den histologischen Bau der Ciliarnerven. — Schlub, Fibrombildung am Limbus der Cornea. — Brieger, Behandlung der Mittelohreiterungen. — Siebenmann, Ueber den adenoiden Habitus. — Harris, Ueber die Ozaena. — Petruschky, Gerber und Prang, van Hoorn, Kaatzer, Ueber das Tuberkulin und Neutuberkulin. — Guirand, Vorkommen pathogener Bakterien auf Gemüse. — Czaplewski und Hensel, Ueber die Bakterien des Keuchhustens. — Filehne, Ueber das Pyramidon. — Kassowitz, Tetanie und Autointoxikation. — Meyer, Zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener. — Spitzer, Ueber die angeborene Enge des Aortensystems. — Heimann, Pezzoli, Schenk, Fälle von Erythromelalgie. — Stein, Ueber Polyneuritis senilis. — Staub, Fall von Syphilis der Wirbelsäule. — Manchot, Fall von hereditärer Syphilis mit Pemphigus gangraenosus. — Albers-Schönberg, Beitrag zur Statistik des Carcinoma uteri. — Neumann, Ueber die Stoffwechselverhältnisse bei puerperaler Osteomalacie.

B. Bardach, Ueber die Gerinnungsursache erhitzter Milch. Sitzungsber. der Wien. Akad. d. W. Bd. 106. IIb.

Erhitzt man Milch längere Zeit hindurch, so gerinnt sie, und zwar um so schneller, je höher die angewendete Temperatur ist: während bei 100° 12stündiges Erhitzen erforderlich ist, gerinnt sie bei 130° in einer Stunde, bei 140° in 20 Minuten, bei 150° in 3 Minuten. Als Ursache der Gerinnung haben Cazeneuve und Haddon die Bildung von Ameisensäure und Milchsäure angenommen, welche Caseïn zur Ausfällung bringen. Demgegenüber stellte Verf. zunächst fest, dass sich bei einstündigem Erhittzen bei 130° zwar flüchtige Säuren bilden, die Menge derselben jedoch so ge-

ring ist, dass sie nicht im stande sind, Milch zur Gerinnung zu bringen. Ebenso tritt eine Gerinnung nicht ein, wenn man Lösungen von Milchzucker mit Dinatriumphosphat versetzt, eine Stunde auf 130° erhitzt und die nunmehr saner gewordene Flüssigkeit mit Milch mischt. Daraus geht mit grosser Wahrscheinlichkeit hervor, dass auch die bei der Erhitzung der Milch entstehenden nicht flüchtigen Säuren nicht im stande sind, die Gerinnung der Milch durch Erhitzen bei 130° zu erklären Weiterhin wendete sich Vf. nun der Frage nach dem Verhalten von Caseïnlösungen beim Erhitzen auf 130° zu. Aus Lösungen von 4 g Caseïn, 0,4 Dinatriumphosphat in 40 ccm Wasser schied sich bei einstündigem Erhitzen auf 130° eine zusammenhängende dichte Masse neben einer nur sehr wenig gefärbten trüben Flüssigkeit aus, entsprechend einer älteren, bisher allgemein übersehenen Angabe von Hammarsten. Aehnlich verhalten sich Lösungen von Caseïn in sehr verdünnter Natronlauge, jedoch verhindern schon sehr geringe Mengen eines Ueberschusses von Natronlauge die Bildung der Gerinnung. Noch vollständiger wurde die Gerinnung der Caseïnlösung, wenn sie mit dem gleichen Volum einer 10proc. Milchzuckerlösung versetzt und dann auf 130° erhitzt wurde.

Nach diesen Versuchen und einigen weiteren, betreffs deren auf das Orig. verwiesen werden muss, gelangte Vf. zu dem Resultat, dass die Gerinnung der Milch bei 130° durch die Wirkung von aus dem Milchzucker gebildeten Säuren auf das bei dieser Temperatur wesentlich gerinnbarer gewordene Caseïn zu erklären ist, somit eine kombinirte Wirkung auf den Milchzucker und das Caseïn vorliegt. Der Beginn dieses Vorganges findet sich schon in der präservirten Milch. E. Salkowski.

O. Schmiedeberg, Ueber die Elementarformeln einiger Eiweisskörper und über die Zusammensetzung und die Natur der Melanine. Arch. f. experim. Pathol. XXXIX. S. 1.

Sch. hat es unternommen, aus dem vorliegenden analytischen Material für die genuinen Eiweissstoffe, für eine Anzahl ihrer Spaltungs-, Umwandlungs- und Verdauungsprodukte Elementarformeln zu berechnen, durch die nicht nur engere Beziehungen zwischen diesen aufgedeckt werden, sondern durch die er dahin gelangen wollte, die Beziehungen, die zwischen den Eiweisskörpern und den sog. Melaninen bestehen, aufzuklären. Die Berechnung geschah so, dass zunächst ohne Berücksichtigung des Schwefelgehaltes eine zu den analytischen Daten möglichst stimmende Formel berechnet wurde, diese dann, entsprechend der gefundenen Schwefelmenge, unter Ersetzung von 2 Atomen O durch ein Atom S vervielfältigt wurde. Diese „Grundformeln" geben ein allgemeines Bild von der Zusammensetzung der betreffenden Eiweissstoffe, ohne über ihr Molekulargewicht etwas Bestimmtes anszusagen.

Zuerst bringt Sch. die Grundformeln des Fibrins, Globulins und ihrer Verdauungsprodukte. Die des aus Blutplasma dargestellten Fibrins ist: $C_{108}H_{162}N_{30}SO_{34}$; das durch Erhitzen einer Fibrinogenlösung entstehende Coagulationsfibrin hat dieselbe Zusammensetzung + 1 Mol. H_2O. Dagegen zeigt das Blutfibrin sich zusammengesetzt aus: $C_{112}H_{168}N_{30}SO_{35} + {}^1/_2\ H_2O$, welche Formel auch dem Fibrinogen (abgesehen von demselben Wasser-

molekül) zukommt. Aber Sch. wendet sich gegen die Annahme, als ob das Fibrin einfach ein festgewordenes Fibrinogen sei, ist vielmehr der Anschauung, dass das Blutfibrin eine Verbindung von Plasma-(Fibrinogen-) Fibrin mit Paraglobulin sei.

Die Fibrinalbumosen sind je nach der Art und dem Grade der Verdauung verschieden konstituirt. Die als α-Fibrinosen zusammengefassten (z. B. Hemialbumose I Kühne, Dysfibrinose) haben: $C_{105}H_{156}N_{30}SO_{33}$, mit variablen Wassermengen verbunden, die β-Fibrinosen (Hemialbumose II Kühne): $C_{111}H_{176}N_{30}SO_{39} + {}^1/_2\ H_2O$; die γ-Fibrinosen: $C_{102}H_{150}N_{30}SO_{31} + 5\ H_2O$; die α-Fibrinpeptone zeigen, abgesehen vom Wassergehalt, dieselbe Zusammensetzung wie die β-Fibrinosen; Ampho- und Amphipepton Kühne: $C_{108}H_{178}N_{30}SO_{43}$, letzteres noch $1^1/_2$ Mol. H_2O.

Endlich das Paraglobulin: $C_{117}H_{182}N_{30}SO_{38}$, die α-Globulosen: $C_{114}H_{176}N_{30}SO_{38}$, die β-Globulosen: $C_{111}H_{176}N_{30}SO_{38}$; letztere sind fast gleich den β-Fibrinosen zusammengesetzt, ohne dass man darum anzunehmen berechtigt ist, dass letztere dem Paraglobulin entstammen.

Auf Grund dieser Formeln erläutert Verf. nun, in welchem genetischen Verhältnisse Albumosen und Peptone zum Fibrin stehen. Er betont, dass es sich bei der Entstehung dieser Verdauungsprodukte nicht nur um eine Hydratation, sondern um Spaltungen handle unter gleichzeitiger Wasseraufnahme.

In gleicher Weise betrachtet Verf. die Eiweisskörper der Muskeln: Myosin, Myoglobulin, Myosinosen. Ersteres hat die Formel: $C_{108}H_{172}N_{30}SO_{33}$, das zweite: $C_{114}H_{174}N_{30}SO_{30}$. Die Protomyosinose ist ein einfaches Hydrat des Myosins, von dem es sich nur durch ein Plus von 1 Mol. H_2O unterscheidet.

Dagegen stellt die Deuteromyosinose ($C_{105}H_{178}N_{30}SO_{36}$) ein Spaltungsprodukt desselben dar.

Weiter berechnet Vf. die Formeln des Serum- und Eieralbumins; für ersteres ergiebt sich $C_{78}H_{122}N_{20}SO_{24}$, für letzteres $C_{80}H_{122}N_{20}SO_{24} +$ Wasser. — Endlich bespricht SCHMIEDEBERG die durch mässige Einwirkung von Säuren, Alkalien und Oxydationsmitteln auf Serum- und Eieralbumin entstehenden Produkte: die Antialbumine, die Desamidoalbuminsäure, die Oxyalbuminsäuren.

Das letzte Kapitel ist der Untersuchung der Natur der Melanine, der normalen und pathologischen braunen und schwarzen Pigmente des Tierkörpers, gewidmet. Sch. stellte sie sich zunächst künstlich durch langes Kochen von Eiweiss mit concentrirten Mineralsäuren dar, und zwar zunächst die Melanoidinsäure aus Serumalbumin mit Salzsäure, dann aus Witte's Pepton mit Phosphorsäure. Er kommt auf Grund der gefundenen Zusammensetzung und der Menge, die sich gewinnen lässt, zu dem Schlusse, dass durch die Säurewirkung auf Eiweiss neben der gewöhnlichen Umsetzung desselben in Albumosen, Pepton, Antialbumin, Amidokörper, einige Albumosen- und Peptonmoleküle ohne weitere Spaltung durch NH_3- und H_2O-Austritt so rasch wasserstoffärmer werden, dass sie einer weiteren hydrolytischen Spaltung nicht mehr zugänglich sind.

Vf. untersuchte dann die Konstitution von Melanin, das er aus einem melanotischen Lebersarkom darstellte. Die gewonnenen „Sarkomelanin"-

körnchen haben: $C_{68}H_{64}N_{10}SO_{26} + {}^1/_2\ H_2O$; die daraus dargestellte Sarkomelaninsäure hat dieselbe Formel, jedoch 4 Mol. H_2O, ist daher als Hydrat des ersteren zu betrachten. — Weitere Untersuchungen und Berechnungen der von anderen Autoren analysirten Melanine zeigten dann, dass diese verschiedenen Melanine verschiedene Zusammensetzung haben, speziell sich auch in Bezug auf den N-Gehalt unterscheiden; Verf. leitet das von ihrer verschiedenen Entstehung aus dem Eiweiss ab. Aber nicht das Eiweiss selbst ist die Muttersubstanz der Melanine, sondern Spaltungsprodukte desselben, die durch Austritt kohlenstoffhaltiger Gruppen aus demselben entstanden sind. A. Loewy.

Rud. Virchow, Die Rolle der Gefässe und des Parenchyms in der Entzündung. Virchow's Archiv. Bd. 149. S. 381.

Der Begründer der modernen Medizin hat auf dem internationalen medizinischen Kongress in Moskau dieses Hauptkapitel der Pathologie eingehend besprochen und seine Anschauungen in folgenden Schlusssätzen zusammengefasst:

1. Die Entzündung, wie man sie gegenwärtig definiren kann, ist kein einheitlicher Vorgang mit konstanten Merkmalen.

2. Ihrem Wesen nach lassen sich mindestens 4 Arten der Entzündung unterscheiden: die exsudative, die infiltrative, die parenchymatöse oder alterirende und die proliferirende. Jede derselben liefert andere Produkte.

3. Das Bedürfnis, diese verschiedenen Arten in einem gemeinsamen Namen zusammenzufassen, ist weniger ein wissenschaftliches, als ein praktisch-diagnostisches. Man will die entzündlichen Exsudate, Infiltrate, Metamorphosen und Neubildungen von den nicht entzündlichen unterscheiden.

4. Das diagnostische Interesse wird verstärkt durch das therapeutische, insofern die verschiedenen Arten der Entzündung eine gewisse Gemeinsamkeit der Behandlung erfordern. Wenn auch die Antiphlogose der Gegenwart nicht mehr die Einfachheit der älteren hat bewahren können, so werden doch voraussichtlich manche Gesichtspunkte der Behandlung auch in der Zukunft auf ein analoges, wenn auch vielleicht nicht wieder auf ein einfaches oder geradezu identisches Verfahren führen.

5. Der Zustand der Gefässe und der lokalen Cirkulation bietet nicht unerhebliche Differenzen in den verschiedenen Arten der Entzündung dar. Während die entzündliche Hyperämie in den exsudativen und infiltrativen Entzündungen als ein Hauptgrund der eintretenden Störungen erscheint, tritt sie bei der alterirenden (metamorphosirenden) und proliferirenden in eine sekundäre Stellung. Entscheidend für das Urteil wird hier der sehr verschiedene Verlauf der Entzündung an gefässhaltigen, gefässreichen und gefässlosen Geweben.

6. Der Zustand des Parenchyms ist nicht geringeren Verschiedenheiten unterworfen. Die exsudativen Entzündungen bedingen die geringsten, die proliferirenden und alterirenden die grössten Veränderungen des Parenchyms. Die Infiltrationen schliessen sich mehr den Exsudationen an. Jedoch giebt es überhaupt keine Entzündung, bei welcher das Parenchym ganz unbeteiligt ist. In manchen Fällen trägt diese Beteiligung einen vorwiegend passiven Charakter; als klassisches Beispiel dafür können die vermehrte

Digitized by Google

Brüchigkeit des Lungengewebes in der exsudativen Pneumonie (Hepatisation) und die zerstörende Wirkung vieler Infiltrationen gelten. In anderen Fällen, wie bei der Schleimabsonderung, liefert das Parenchym durch die Thätigkeit seiner Zellen einen Hauptbestandteil des Exsudats.

7. Der gemeinsame Charakter der im engeren Sinne entzündlichen Veränderungen an den Gefässen und an dem Parenchym beruht darin, dass jedesmal der Grund der Veränderung in einer Reizung zu suchen ist, welche gewisse Thätigkeiten (Aktionen, Reaktionen) hervorruft. Die erste Rücksicht des Diagnosten muss daher stets dahin gerichtet sein, zu ermitteln, ob der Prozess überhaupt ein irritativer ist.

8. Die Irritation betrifft sowohl Nerven als Gefässe, sowohl spezifisches als nicht-spezifisches Parenchym. Sie ist je nach der Konstitution der gereizten Teile und nach der Natur der einwirkenden Schädlichkeiten verschieden. Diese Schädlichkeiten sind zuweilen mechanischer, sehr viel häufiger chemischer Natur. Auch die reizenden Wirkungen vieler Bakterien beruhen auf ihren chemischen Produkten.

9. Die nicht unberechtigte Vergleichung der Entzündung mit dem Fieber, welche sich auf die Temperatursteigerung der äusseren Teile stützt, gilt nicht für die Entzündung im Ganzen, sondern nur für die verstärkte Fluxion zu dem entzündeten Teil, soweit eine solche überhaupt möglich ist. Vielmehr kann man sagen, dass die moderne Opposition gegen die Essentialität des Fiebers genau auf derselben Linie steht mit der — freilich noch wenig ausgeprägten Opposition gegen die Einheitlichkeit der Entzündung. Es giebt fieberhafte Krankheiten und entzündliche Krankheiten, aber es giebt keine Sonderexistenz von blossem Fieber, wie es keine solche von reiner Entzündung giebt. M. Rothmann.

K. G. Lennander, Ueber die Behandlung der Ruptur der hinteren Harnröhre, mit 4 Fällen von Ruptur der Pars membranacea, darunter eine Fahrradverletzung. Arch. f. klin. Chir. XLIV. S. 479.

L. stellt auf Grund seiner Erfahrungen folgende Regeln auf: 1. Bei mässiger Blutung aus der Harnröhre, fehlender oder nur geringer Anschwellung des Perineums, und wenn keine Beschwerden beim Urinlassen vorhanden sind, dann behandle man ganz indifferent. — 2. Sind Urinbeschwerden vorhanden, die übrigen Symptome aber gering, dann versuche man, einen Verweilkatheter einzuführen. — 3. Misslingt der Katheterismus oder sind die Symptome von Anfang an schwer, dann operire man sofort und suche eine primäre Vereinigung durch Naht herbeizuführen. Letzteres ist L. bei einem Falle von vollständiger Abreissung der Pars membranacea (Fahrradverletzung) gelungen. M. Borchardt.

M. Schüller, Ein chirurgischer Beitrag zum Kapitel „Der chronische Gelenkrheumatismus und seine Behandlung". Verhandl. des 15. Kongr. f. inn. Med. zu Berlin 1897. S.-A.

Sch.'s Betrachtungen beziehen sich auf bisher dem chronischen Gelenkrheumatismus zugerechnete Gelenkentzündungen mit entzündlicher Zottenhyperplasie, die sowohl in der hyperplasirenden, wie auch in der

Digitized by Google

schrumpfenden oder ankylosirenden Form durch die Invasion von S. gefundener Bacillen bedingt sind. Es handelt sich um meist plumpe, kurze Stäbchen mit mittlerer Einschnürung und Polfärbung, die in Strich- und Schnittpräparaten regelmässig gefunden wurden und mit deren Kulturen bei Kaninchen durch Injektion in ein Gelenk innerhalb einiger Monate eine charakteristische zottenbildende Synovialentzündung erzeugt werden konnte. Der Krankheitsprozess, den S. unter der Bezeichnung Polyarthritis chronica villosa vom akuten Gelenkrheumatismus abgetrennt wissen möchte, ist seines Erachtens eine selbständige, durch die Invasion dieser Bacillen hervorgerufene Infektionskrankheit, welche ihre hauptsächliche Lokalisation in den Gelenken findet.

Zur Bekämpfung des Leidens hat S. zweierlei Verfahren zur Anwendung gebracht: Einmal hat er versucht, eine Rückbildung des chronisch hyperplasirenden Entzündungsprozesses durch wiederholte Injektionen einer Jodoformemulsion mit Zusatz von Guajakol in die erkrankten Gelenke und in das entzündete Synovialgewebe selber zu bewirken (5 g feinstes, reinstes Jodoformpulver, 60—100 g säurefreies, reinstes Glycerin, 20 Tropfen Guajacol. puriss. Riedel-Pictet). Von den 29 mit solchen, in der Regel wiederholten Injektionen behandelten Gelenken ist an 16 eine vollkommene Rückbildung des chronisch-entzündlichen Prozesses und der Zottenmasse erzielt worden, 6 wurden gebessert, 7 blieben ungeheilt. Noch sicherer und überdies viel rascher ist der Erfolg bei operativem Vorgehen. S. öffnet an den entsprechenden Stellen, meist mit seitlichen kräftigen Schnitten, die Gelenkkapsel und excidirt unter Schonung des Bandapparates die Zottenmassen und die zottenbesetzte kranke Synovialis so ausgiebig wie möglich. Nach sorgfältig ausgeführter Naht erfolgt eine eine einmalige Injektion von Guajacol-Jodoform-Glycerin. Sämmtliche 16 Operationen heilten per primam. Alle Kranken haben danach die vorher oft unerträglichen Schmerzen verloren und sich später besser wie zuvor befunden. Die Erfolge betreffs der Gebrauchsfähigkeit sind um so besser geworden, je früher mit den Bewegungen begonnen wurde, derart, dass die zuletzt operirten Patt., von denen einige schon 10—12 Tage nach der Operation gingen, fast vollkommen normal bewegliche Gelenke erhielten. Joachimsthal.

Radestock, Kriegschirurgische Beiträge zur Narkosenfrage. Militärärztl. Zeitschr. 1897. VII.

R. empfiehlt für kriegschirurgische Zwecke die Mischung von Chloroform mit $^3/_5$ Aether. Da bei dieser ebenso wie bei reinem Aether eine primäre Herzsyncope auszuschliessen ist, braucht man den Puls nicht zu kontrolliren, sondern lediglich die Atmung zu verfolgen, was im Notfalle auch dem Unterpersonal überlassen werden könnte. Die Zungenzange ist entbehrlich. Die Erschlaffung der Muskulatur tritt zwar später als bei Chloroformnarkose, aber regelmässig ein. Da ferner diese Mischung nicht so flüchtig ist, wie reiner Aether, und da man zur Betäubung mit verhältnismässig kleinen Mengen, etwa dem doppelten Volumen der sonst nötigen Chloroformmengen, auskommt, ist eine Feuergefährlichkeit nicht zu befürchten. Was aber die Mischung vor allem für kriegschirurgische Zwecke

Digitized by Google

so empfehlenswert macht, ist ihre von R. erprobte Ungefährlichkeit für innere Organe, worin sie dem Aether gleichkommt. R. hat nach einer solchen Narkose nie eine Steigerung einer bestehenden Albuminurie (selbst in einem Falle von hochgradiger Eiweissausscheidung infolge Morbus Brightii) beobachtet und niemals einen Icterus durch sie verursacht gefunden.

Joachimsthal.

W. Hahn, Untersuchungen über den histologischen Bau der Ciliarnerven. Wien. klin. Wochenschr. 1897, No. 31.

H. untersuchte die Ciliarnerven, und zwar die Nervi ciliares longi und breves, im extraocularen Teile ihres Verlaufes. Dieselben enthalten nur markhaltige Fasern, und zwar starke, dunkel contourirte, stark lichtbrechende und ungefähr halb so starke, sonst ganz gleich gebaute Fasern, ausserdem zwischen den beiden ersteren zerstreut, beziehungsweise in dicken Bündeln gruppirt, an der Peripherie der Nerven gelegen, sehr feine Nervenfasern, an denen man aber durchweg einen äusserst feinen Markmantel nachweisen kann. Ob diese feinen Fasern sympathischer Natur oder ob sie speziell es sind, welche die Binnenmuskeln der Augen innerviren, bleibt einer späteren Untersuchung vorbehalten. Horstmann.

H. Schlub, Fibrombildung am Limbus der Cornea bei Frühjahrskatarrh. Arch. f. Augenheilk. XXXV. S. 137.

Bei 3 Fällen von Frühjahrskatarrh, bei denen die Limbuswucherungen in Form einer übergreifenden Erhebung mit unebener Oberfläche von der Grösse einer halben Erbse bestanden, wurden dieselben excidirt. Sie bestanden nicht aus Epithel, sondern aus Bindegewebe mit einem Epithelüberzug und nahmen so den Charaktes eines Fibroms an.

Horstmann.

O. Brieger (Breslau), Prinzipielle Gesichtspunkte für die arzneiliche Lokalbehandlung von Mittelohreiterungen. Verhandl. d. Deutsch. Otolog. Ges. 1897. S. 102.

Bei der Behandlung der akuten Mittelohreiterungen hat man sich, nach B., lediglich auf die Sicherung freien Sekretabflusses und Fernhaltung jeder Möglichkeit sekundärer Infektion zu beschränken. Die von einzelnen Autoren behauptete abortive Wirkung von Carbol-Glycerin-Eingiessungen hält er nicht für erwiesen. Bei der Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen kommen antiseptische, caustische und adstringirende Mittel, und zwar zunächst in löslichem Zustande, in Betracht. Reine Antiseptica haben sich im Allgemeinen nicht als ausreichend erwiesen, nur das Jodtrichlorid und daneben das Chlorwasser haben sich behaupten können; bei den Ohreiterungen der Kinder verdienen, nach B., stärker concentrirte Ichthyllösungen Beachtung. Wirksamer als die rein antiseptischen Mittel sind caustische Silbernitratlösungen, deren hohen Wert Verf. der Verbindung der antiseptischen Wirkung mit der Einwirkung auf die entzündliche Exsudation und wohl auch dem sekretionshemmenden Einfluss auf die Drüsen und die Epithelien der Panke und vielleicht auch der Tubenschleimhaut

Digitized by Google

zuschreibt. Wenn die Silbernitratlösungen zu stark reizen oder allmählich an Wirksamkeit verlieren, sollen sie durch Adstringentien — Blei, Zink-, Kupfersalze — ersetzt werden. Mit Rücksicht auf die Einbusse, die dieselben bei längerer Anwendung in ihrer Wirknng erfahren, soll öfter mit den einzelnen Mitteln gewechselt werden. Den Adstringentien steht in seiner Wirkung der Alkohol nahe. Ausser seiner Fähigkeit, den Geweben Wasser zu entziehen, kommt ihm die für die Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen wichtige Eigenschaft zu, das Eindringen antiseptischer Lösungen in das Gewebe zu erleichtern. Es ist deshalb, nach Verf., nicht unzweckmässig, der Anwendnng solcher Mittel die Applikation des Alkohols vorauszuschicken. Auch als Lösungsmittel für andere schwerlösliche Antiseptica ist der Alkohol besonders geeignet, besonders weil nach der Verdunstung desselben das ausgefallene Antisepticum der Schleimhautoberfläche besonders fest anhaftet. Bezüglich der gegen die Mittelohreiterungen gebräuchlichen antiseptischen Pulver, speziell der Borsäure, spricht sich Verf. dahin aus, dass die Wirkung derselben nicht so sehr als eine direkt antiseptische aufzufassen sei, sondern vielmehr als eine mehr mechanische: Austrocknung der Schleimhaut durch Flüssigkeitsattraktion und Schutz gegen eindringende Saprophyten. Die Borsäure will Verf. intratympanal durch eine in die Trommelfelllücke eingeführte Paukenkanüle auf die Schleimhaut aufgepulvert wissen. Von anderen pulverförmigen Mitteln scheint dem Vf. das Argentumcaseïn (Argonin) am meisten zu versprechen, da es neben seiner leichten Löslichkeit und seinen antiseptischen Eigenschaften die für die Tiefenwirkung wichtige Eigentümlichkeit besitzt, weder mit Chloriden, noch mit Eiweiss Niederschläge zu bilden.

Schliesslich bemerkt Verf., dass zu einer erfolgreichen Behandlung der uncomplicirten chronischen Mittelohreiterungen nicht selten eine Kombination der verschiedenen genannten Mittel, respektive ein rechtzeitiger Wechsel derselben geboten sei. Schwabach.

Siebenmann, Ueber adenoiden Habitus und Leptoprosopie, sowie über das kurze Septum der Chamaeprosopen. Münch. med. Wochenschrift 1897, No. 36.

Es wird in letzter Zeit vielfach angenommen, dass zum adenoiden Habitus ein hoher enger Gaumen gehöre. Dieses Symptom, das übrigens von Meyer nirgends erwähnt wird, kann nicht als berechtigt angesehen werden, da nach Verf.'s Untersuchungen Individuen mit adenoiden Vegetationen in der Gaumenform durchschnittlich Maasse anfweisen, wie sie der Norm entsprechen Eine stärkere Wölbung des harten Gaumens kommt bei adenoiden Vegetationen häufiger vor, als bei Individuen mit gesundem Retronasalraum. Die Gesichtsmessungen bei hochgaumigen, an adenoiden Vegetationen Leidenden ergaben ausser abnormer Höhe und Enge der Apertura pyriformis — der langen schmalen Nase — in der Regel ein schmales, hohes Gesicht, d. h. einen Obergesicht-Breitenindex, der über der Mitte liegt. Es handelt sich nie um Chamaeprosope (Breitgesichter), sondern meistens um Leptoprosope (Schmalgesichter). Meist ist auch der Unterkiefer in der für letztere charakteristischen Weise gebaut, lang und

Digitized by Google

schmal und im seitlichen Kieferwinkel auffallend gestreckt, daher das spitze Kinn und das Hängende des Unterkiefers. Die Zahnreihe des Oberkiefers steht dabei etwas vor. Umgekehrt waren bei den platystaphylinen adenoiden Kranken fast immer chamäprosoper Obergesichtstypus, das heisst kurze, breite Obergesichter mit breiten, weiten Nasenhöhlen, kurzen Alveolarfortsätzen, abgewetzten Kauflächen, relativ kleinen seitlichen Unterkieferwinkeln. Unter diesen fanden sich ebenso Kurz- und Langschädel.

W. Lubliuski.

Th. J. Harris, Rhinitis atrophica foetidans in its relation to diseases of the accessory sinuses. Med. Record 1897, Oct. 9.

Verfasser ist der Meinung, dass es eine einzige konstante Ursache für Ozaena nicht gebe, dass die letztere vielmehr als ein Symptom zu betrachten sei. Eine genuine Ozaena ist durch Löwenberg's, sowie Abel's und Paulsen's Untersuchungen unzweifelhaft nachgewiesen. Die Erkrankungen der Nebenhöhlen bilden eine wichtige Ursache, so dass auf jeden Fall eine genaue Untersuchung derselben erforderlich ist.

W. Lublinski.

---

1) **J. Petruschky,** Ueber die Behandlung der Tuberkulose nach Koch. D. med. Wochenschr. 1897, No. 39, 40.

2) **Gerber und Prang,** Erste Erfahrungen mit Neutuberkulin T. R. Ebenda. No. 39.

3) **W. van Hoorn,** Ueber das neue Tuberkulin T. R. bei der Behandlung des Lupus und der Blasentuberkulose. Ebenda.

4) **Kaatzer,** Weitere Beiträge zur Tuberkulinbehandlung bei Lungenschwindsucht. Ebenda.

Während Petruschky zunächst seine Erfahrungen als Oberarzt an der Poliklinik des Institutes für Infektionskrankheiten von 1892 bis 1897 mitteilt, während welcher Zeit er zahlreiche Kranke wegen beginnender Phthise und wegen Lupus mit gutem Erfolge ambulatorisch mit den alten Tuberkulinpräparaten behandelte, beziehen sich die Mitteilungen in den drei anderen Arbeiten auf die Erfahrungen mit dem neuen Tuberkulinpräparate T. R.

Aus der Mitteilung Petruschky's ist zu ersehen, welche guten Resultate bei geeigneter Auswahl der Patienten und bei vorsichtigem Steigern der Injektionsdosen bereits mit dem ursprünglichen Tuberkulin zu erzielen waren. Die anderen Arbeiten zeigen, dass das T. R., ohne üble Nebenwirkungen hervorzurufen, ein brauchbares Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose ist.

Wenn auch die Berichterstatter bisher nur wenige Patienten mit dem neuen Mittel behandeln konnten, so geht doch aus den Erfolgen hervor, dass es voreilig wäre, das Mittel ohne Weiteres zu verwerfen, sondern dass dasselbe eine gewissenhafte Prüfung verdient.

H. Bischoff.

Digitized by Google

Guirand, Note sur la présence de microbes pathogènes sur les légumes et produits maraichers. Compt. rend. 1897, No. 28.

Infolge des Ausbruchs einer Typhusepidemie untersuchte G. Gemüsearten, Salat, Erdbeeren und andere Früchte aus Gärten in der Umgebung von Touluse, in welchen gerieselt wurde, auf Typhusbacillen. Den Erreger des Abdominaltyphus selbst konnte G. nicht feststellen, was bei der Unsicherheit des Nachweises nicht zu verwundern ist, wohl aber fand er verschiedene typhusähnliche Mikroorganismen, darunter auch einige, welche für Meerschweinchen sehr virulent waren. G. ist der Ansicht, dass es auch für den Menschen nicht gleichgültig sein könne, wenn er wiederholt derartige Bakterien in sich aufnähme, und er meint, dass man vielleicht bei Fortsetzung der vorgenommenen Untersuchungen einiges Licht auf die von älteren Aerzten als Saisondispositionen bezeichneten Umstände werfen könne. H. Bischoff.

Czaplewski und **Hensel,** Bakteriologische Untersuchungen bei Keuchhusten. D. med. Wochenschr. 1897, No. 37.

Verff. sprechen als Erreger des Keuchhustens ein kleines, unbewegliches Stäbchen etwa von der Grösse des Influenzabacillus an. Bisher haben sie den Bacillus bei allen von ihnen untersuchten Fällen von Keuchhusten (es sind im Ganzen 30) gefunden, zum Teil war er fast in Reinkultur in dem Sekret. Der Bacillus wächst zu Scheinfäden aus, er färbt sich mit Anilinfarben und behält bei der Gram'schen Methode die Farbe. Junge Bacillen zeigen häufig eine intensivere Färbung der Polenden, während die Mitte des Stäbchens fast farblos bleibt. Er lässt sich auf allen Nährböden ohne besondere Schwierigkeiten züchten, besonders charakteristische Kolonien bildet er nicht. Tierversuche sind resultatlos ausgefallen. Jedoch wurden Verff. in der Annahme, dass ihr Bacillus Erreger des Keuchhustens sei, dadurch bestärkt, dass sie bei einem Kinde das Bakterium fanden, ohne dass die klinischen Symptome die Diagnose Keuchhusten rechtfertigten, und dass im Verlaufe der Krankheit sich wirklicher Keuchhusten ausbildete. H. Bischoff.

W. Filehne, Ueber das Pyramidon, ein Antipyrinderivat. Berl. klinische Wochenschrift 1896, No. 48.

Das Pyramidon ist ein gelblich-weisses, krystallinisches, fast geschmackloses Pulver, das in Wasser etwa im Verhältnis von 1 : 10 löslich ist. Seine Anwendung ist in denselben Fällen, wie die Anwendung des Antipyrins indicirt, doch bestehen nicht unerhebliche Unterschiede in der Wirkung beider Mittel. Das Pyramidon ist nämlich schon in wesentlich kleinerer Dosis wirksam, die Wirkung ist eine viel allmählichere und vergeht ebenso viel langsamer, als beim Antipyrin; selbstverständlich ist diese Wirkungsweise als ein Vorzug gegenüber dem Antipyrin anzusehen. Die mit dem Mittel vorgenommenen Versuche an Tier und Menschen ergaben fast durchweg befriedigende Resultate. Die verabreichten Dosen schwankten zwischen 0,1—0,75 g, durchschnittlich scheinen für den Erwachsenen 0,3—0,5 g zu genügen; man kann es in wässeriger Lösung

ohne Geschmackscorrigens gehen, am besten von einer Lösung 1 : 30 einen Thee- bis einen Esslöffel. Bemerkt sei noch, dass zur Zeit das Mittel im Handel noch nicht zu haben ist. K. Kronthal.

M. Kassowitz, Tetanie und Autointoxikation im Kindesalter. Wien. med. Presse 1897, No. 4.

K. bekämpft die Auffassung, dass die Tetanie in einer aus Magendarmstörungen hervorgehenden Autointoxikation ihren Ursprung habe. Gegen diese Erklärung spricht nach K. schon die allgemeine Erfahrung, dass der Sommer mit seinen zahlreichen Verdauungskrankheiten zugleich die tetanieärmste Jahreszeit ist. Andererseits sprechen verschiedene Gründe dafür, dass die meisten Fälle von Tetanie bei Kindern mit Rhachitis in Zusammenhang stehen. Aus dieser Auffassung erklärt sich schon an sich das häufige Erscheinen der Tetanie bei Kindern und ihre relative Seltenheit bei Erwachsenen. Die Kindertetanie ihrerseits ist eng gebunden an die Jahre des lebhaftesten Knochenwachstums und kommt so gut wie ausschliesslich bei Kindern vor, welche Zeichen florider Rachitis bieten. Weiter spricht für die K.'sche Theorie, dass die Kurven beider Krankheiten einander parallel gehen; sie sind am häufigsten im Winter und Vorfrühling, selten im Sommer und im Herbst. Den Zusammenhang der Tetanie mit Rachitis fasst K. so auf, dass die Tetanie — ebenso wie andere neuromuskuläre Störungen der rachitischen Kinder — auf einen Reizungszustand corticaler Centren zurückzuführen ist, welcher durch die unmittelbare Nachbarschaft der in einem entzündlich-hyperämischen Zustande befindlichen Schädelknochen hervorgerufen wird. — Die Rachitis allein ist freilich nicht ausreichend, um Tetanie zu erzeugen; sonst wäre es nicht verständlich, weshalb die Tetanie fast ausschliesslich in den ärmeren Klassen beobachtet wird. Wahrscheinlich spielt bei ihrem Zustandekommen noch die verdorbene Luft mit den in ihr enthaltenen respiratorischen Noxen eine Rolle. Diese giftigen Substanzen der Atmungsluft, wenn sie lange eingeatmet werden, wirken wahrscheinlich als krampferregende Reize auf die motorischen Centren ein, die ja aus dem angeführten Grunde beim rachitischen Kinde besonders leicht erregbar sind. Stadthagen.

H. Meyer, Zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener. Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte 1896, No. 21.

Die Methode von Laborde, der zur Belebung asphyktischer Neugeborener Zungentraktionen empfiehlt, ist ausschliesslich im ersten Stadium der Asphyxie anzuwenden, d. h. so lange noch Reflexerregbarkeit vorhanden ist. Ob dies noch der Fall, ist sofort nach Einführung des Fingers in den Mund des Kindes an der fühlbaren Zusammenziehung des Schlundes und Gaumens zu erkennen. In diesem Stadium der Asphyxie sind die Zungentraktionen eines der zahlreichen Mittel, welche durch reflektorische Reizung das Atmungscentrum zur Thätigkeit anregen. Wenn aber durch zu langen Sauerstoffmangel die Erregbarkeit des Atmungscentrums stärker gelitten hat, so haben Zungentraktionen keinerlei Erfolg; in diesen Fällen

stellen bei Durchgängigkeit der Luftwege die Schultze'schen Schwingungen die beste Methode der künstlichen Luftzufuhr dar.

Stadthagen.

L. Spitzer, Die Klinik der angeborenen Enge des Aortensystems. Wiener med. Wochenschr. 1897, No. 35 u. 36.

Die von VIRCHOW studirten rein anatomischen Verhältnisse bei Hypoplasie des Gefässsystems sind: auffallende Kleinheit des Herzens trotz meist hypertrophischen Zustandes desselben; Enge der (zuweilen kaum für den kleinen Finger) durchgängigen Aorta, in der ganzen Ausdehnung des Gefässes bis zu wenigen Centimetern ihres Verlaufes herab; abnorme Dünnheit ihrer Wandungen; endlich Verfettung des Endothels. Ebenfalls nach VIRCHOW ist bei den mit Gefässhypoplasie behafteten Menschen entweder der ganze Körperbau hypoplastisch, oder aber, bei sonst normalem Verhalten des letzteren, sind nur die Genitalien in ihrer Entwickelung zurückgeblieben, oder endlich der recht robuste Körperbau zeigt keine Symptome, die einen Schluss auf Hypoplasie des Gefässsystems gestatten. Jedenfalls aber ist zu berücksichtigen, dass ein derart abnorm veranlagter Organismus der Grenze der Inkompensation viel näher ist als der gesunde, normal veranlagte Mensch, dass es demnach nur eines geringen Anstosses bedarf, um ihn schwer zu schädigen event. funktionsunfähig zu machen. — Klinisch gleichen die zur Hospitalbehandlung gelangten Fälle in ihrem Gesammtbilde den incompensirten Herzfehlern; es finden sich Dyspnoë, Oedeme, Herzklopfen, zuweilen stenokardische Anfälle; gewöhnlich erscheinen die Beschwerden im Anschlusse an erhöhte Muskelarbeit. Das Herz bietet entweder normale Grössenverhältnisse beim Fehlen von Geräuschen dar; oder aber es findet sich starke Herzhypertrophie und ein lautes systolisches Geräusch an der Spitze, aber schon nach einigen Tagen Bettruhe rückt der nach aussen von der Mammillarlinie verschobene Spitzenstoss allmälig nach einwärts, und das Geräusch (der Ausdruck einer relativen Mitralinsufficienz) verschwindet wieder. Die genannten Krankheitssymptome treten auf unverhältnissmässig leichte Veranlassungen hin ein, die ein gesundes oder mit einem kompensirten Klappenfehler behaftetes Herz unberührt lassen würden. — Eine beachtenswerthe Erscheinung ist auch die Blässe der Gesichtsfarbe, trotzdem der Hämoglobingehalt des Blutes 90–100 pCt. betragen kann. Konstant scheint hohe Spannung des Arterienrohres zu sein. Die Oedeme zeigen sich — dem Gesetze der Schwere folgend — bei diesen bettlägerigen Individuen zuerst am Kreuzbein, dann an den Hinterseiten der unteren, zuletzt an den oberen Extremitäten.

In einem von dem Verfasser mitgetheilten Falle, in dem sich bei der Autopsie eine hochgradige Hypoplasie des Herzens und der ganzen Aorta fand, liess sich als einzige direkte Todesursache eine subakute Gastro-Enteritis nachweisen; im Anschluss an diesen Fall hebt Verf. hervor, wie erheblich die Reaktion solcher Individuen auf Krankheitsursachen verschiedener Art ist.

Perl.

---

1) **M. Heimann,** Zwei Fälle von akuter Erythromelalgie. Berliner klin Wochenschr. 1896, No. 51.

2) **C. Pezzoli,** Ein Fall von Erythromelalgie. Wien. klin. Wochenschrift 1896, No. 53.

3) **A. Schenk,** Klinische Untersuchungen des Nervensystems in einem Falle von Erythromelalgie. Wien. med. Presse 1896, No. 45.

1) H. beschreibt 2 Fälle akut verlaufender Erythromelalgie bei einem 54jährigen Manne und einem 13jährigen Mädchen. Die Erkrankung betraf in beiden Fällen den Mittel-Zeigefinger der Hand und breitete sich dann auf das Radialisgebiet aus, resp. auf den Bezirk der Verzweigung des Handrückenastes des N. radialis. Die Dorsalfläche war vorwiegend betroffen. Die Erscheinungen bestanden in Rötung, Schwellung, Hitzegefühl, Brennen, Prickeln, Klopfen der Arterien. Sensibilitätsstörungen fehlten. H. fasst diese beiden Fälle als akut verlaufende vasomotorische Neuritis auf, die von der gewöhnlichen Form der Neuritis scharf zu scheiden ist und nur sehr selten vorkommt. Aetiologisch kämen Trauma, Erkältung, Influenza, Alkoholismus, vielleicht auch Ueberanstrengung u. s. w. in Betracht. Therapeutisch kamen Ruhigstellung, Ichthyolsalbe, protrahirte lauwarme Bäder u. s. w. in Anwendung und anscheinend mit bestem Erfolg

2) P. teilt einen einschlägigen Fall mit, der ein 46jähriges Mädchen betrifft, bei welcher nach einer Pleuritis oder infolge einwirkender Nässe die Erscheinungen der Erythromelalgie sich einstellten. In Anfällen, die sich täglich mehrmals wiederholten, trat Rötung und Schwellung der Endphalangen sämmtlicher Finger ein, verbunden mit Schmerzhaftigkeit, Parästhesien und Herabsetzung der taktilen Empfindlichkeit. Die Anfälle dauerten 30—60 Minuten und nahmen von Jahr zu Jahr an Intensität und Ausbreitung zu, so dass jetzt bereits ein Drittel des Vorderarms mit betroffen ist. Bei Kälte trat Cyanose und gesteigertes Kältegefühl mit vermehrter Schwellung ein, bei Wärme hochrote Färbung, gesteigertes Wärmegefühl u. s. w. — Es fehlten andere Störungen von Seiten des Nervensystems und daher muss der Fall als reine vasomotorische Neurose aufgefasst werden. S. Kalischer.

3) Der 49jähr. Patient, ein Arzt, bekam 8 Tage nach einer bei Schnee und heftiger Kälte zurückgelegten Tour von 3 km, wobei er stark durchnässt und durchkältet wurde, eine schmerzhafte Schwellung an der linken grossen Zehe, später eine Verauhung der rechten Hand. Später wurden die übrigen 4 Zehen ebenso befallen und blaurot verfärbt. Die Affektion schnitt mit der Lisfranc'schen Linie ab. Pat. litt dazu an nächtlichen Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit und nahm viel Alkohol zu sich. In der Klinik wurden eine Analgesie an der Stirn, am rechten Hals und Unterarm, Hyperalgesie im linken Bein, spinale Ataxie, Romberg'sches Symptom, gesteigerte Haut- und Sehnenreflexe, Atrophien an den Muskeln des rechten Arms, Tremor an Händen, Füssen, Zunge und Augenlidern konstatirt. Patient war bettlägerig. Sein Zustand besserte sich unter galvanischer Behandlung derart, dass er wieder gehen konnte.

Der Verf. glaubt hieraus folgern zu müssen, dass es sich in dem vorliegenden Falle um einen „aufsteigenden myelitischen Prozess der Hinter-

Digitized by Google

stränge und der in der Nähe derselben gelegenen Erkrankung der vasomotorischen Centren" handelt. (? Ref.) M. Brasch.

O. Stein, Ueber Polyneuritis senilis. Münchener med. Wochenschr. 1897, No. 11.

Bei 3 Individuen (2 Männer, 1 Frau) traten im 7. Decennium ohne äussere Veranlassung sensible Störungen (Kältegefühl, pelziges Gefühl, lancinirende Schmerzen) an den unteren Extremitäten, Unterschenkeln, Fusssohlen auf, die auch im Kreuz, Rücken sich hier und da zeigten. Nirgends bestanden gröbere Sensibilitätsstörungen, ausser Abstumpfung an den Extremitätenenden. Ataxie fehlte, doch waren Störungen der Blasenfunktion vorhanden, die sich bei der langen Dauer der Erscheinungen mit Blasenkatarrh komplicirten. Die Hirnnerven blieben frei. In allen Fällen war starke Arteriosklerose vorhanden. Die Patellarreflexe fehlten bald beiderseits, bald einseitig. Die Oberextremitäten blieben andauernd frei. Alle 3 Kranke gingen apoplektiform zu Grunde. Die Sektion im dritten Falle erwies starke atheromatöse Entartungen der Hirngefässe und Blutungen im Gehirn; das Rückenmark und seine Wurzeln waren bei der makro- und mikroskopischen Untersuchung unversehrt, die peripherischen Nerven wurden nicht untersucht. Die Affektion dauerte in 2 Fällen je 3 Jahre, in einem 20 Jahre unter Remissionen. — Die mitgeteilten Fälle unterscheiden sich von anderen seniler Polyneuritis durch die starken sensiblen Reizerscheinungen bei Abwesenheit von Lähmungen und Atrophien (sensible Form der Neuritis), durch die Blasenstörungen, das Freibleiben der oberen Extremitäten und die Neigung zu plötzlichem Exitus letalis. — Als Ursache des Leidens wird die Gefässerkrankung (Arteriosklerose) angesehen; dieser Anschauung schliesst sich Verf. nicht an, vielmehr hält er die Erkrankung für eine sensible, primäre degenerative Neuritis, die in keiner direkten Abhängigkeit von der Gefässveränderung steht. — Therapeutisch konnte eine Besserung durch die üblichen Mittel in keinem Falle von St. erzielt werden. S. Kalischer.

A. Staub, Syphilis der Wirbelsäule. Wien. med. Presse 1896, No. 47.

Bei einem 45jährigen Kranken entwickelte sich sehr langsam eine Spondylitis in den unteren Brustwirbeln unter neuralgischen Schmerzen im Rücken, ausstrahlenden Schmerzen in den Beinen und paraplegischen Erscheinungen anderer Art. Ein tuberculo-pustulöses Exanthem im Gesicht führte zu einer partiellen narbigen Atrophie und wurde für lupös gehalten. Eine gleichzeitige Drüsenaffektion am Halse (Lymphomata colli) kehrte trotz der Operation und Entfernung der Tumoren wieder. Die richtige Diagnose: Altes tuberculo-gummöses Syphilid der Gesichtshaut mit gummösen Lymphomen, wurde durch den günstigen Erfolg der antiluetischen Behandlung bestätigt. Die Veränderungen der Wirbelsäule (Caries sicca) mit einem Buckel in Höhe des 10. Brustwirbels und Lordose der untersten Brustwirbel blieben stationär. S. Kalischer.

Digitized by Google

C. Manchot, Ueber einen Fall von Syphilis hereditaria, kombinirt mit einem durch den Staphylococcus pyogenes aureus hervorgerufenen akuten Pemphigus gangraenosus. (Aus der Abteilung des Dr. Engel-Reimers.) Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten. Band I. S. 398.

Ein von syphilitischen Eltern stammendes, vier Monate altes Kind zeigte neben exquisit syphilitischen Erscheinungen einen Blasenausschlag an Kopf, Hals und Rumpf, der, wie schon die klinische Beobachtung erkennen liess, auf eine andere Ursache als die Syphilis zurückzuführen war. Die anfangs mit leicht getrübter wässeriger Flüssigkeit gefüllten und von einem schmalen, hochroten Saume umzogenen Blasen entstanden unter starker erysipelasähnlicher Schwellung und Rötung der betroffenen Hautpartien.

Ihr Inhalt wurde nach 24 Stunden sanguinolent, dann collabirten die Blasen, nahmen eine blauschwarze Farbe an und platzten nach weiteren 24 Stunden. Auf ihrem Grunde zeigte sich nun ein derbes, schnell wachsendes, scheibenförmiges, diphtherisch belegtes Infiltrat, das in toto nekrotisch wurde und beim Ausfallen ein scharfrandiges, die Cutis in ihrer ganzen Dicke durchsetzendes Geschwür hinterliess. Aus dem Inhalt frischer Blasen wurden Reinkulturen des Staphylococcus pyogenes aureus gewonnen, die, auf gesunde Hautstellen des Kindes verimpft, in der geschilderten Weise verlaufende Eruptionen hervorriefen.

Während unter der Behandlung mit Sublimatbädern die syphilitischen Erscheinungen abheilten, ging das Kind infolge der unbeeinflusst sich wiederholenden, mit hohem Fieber einsetzenden Blasennachschübe zu Grunde. Durch die Sektion wurde ausserdem noch das Vorhandensein einer akuten allgemeinen Tuberkulose konstatirt. H. Müller.

H. Albers-Schönberg, Beitrag zur Statistik des Carcinoma uteri. Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst. IV. Jahrg. 1893/94.

Verf. wurde durch die verhältnissmässig grosse Zahl von Todesfällen jugendlicher Individuen an Carcinoma uteri zur Erwägung veranlasst, ob diese Erkrankung nicht öfter jüngere Jahrgänge betreffe, als bisher angenommen wurde. Die Beobachtung an dem zur Verfügung stehenden Material (1199 Fälle) ergiebt, dass das Maximum der Erkrankung an Carcinoma zwischen das 40.—50. Lebensjahr fällt, während Schröder zwischen dem 50.—60. Jahre das Maximum der Erkrankung fand. Schliesslich stellt Verf. eine Tabelle über die Metastasenbildung bei primärem Uteruscarcinom zusammen. A. Martin.

Neumann, Weitere Untersuchungen über die Stoffwechselverhältnisse des Calciums, Magnesiums, der Phosphorsäure und des Nitrogens bei puerperaler Osteomalacie, mit besonderer Rücksicht auf die durch die Castration und andere therapeutische Eingriffe verursachten Veränderungen des Stoffwechsels. Archiv f. Gynäk. 1896. Bd. LI. S. 130—185.

Die Beobachtungen wurden an 3 Patienten angestellt; die erste befand sich im Anfangsstadium der Osteomalacie, die zweite zeigte die grösst-

Digitized by Google

möglichsten Knochenveränderungen und schwerste Allgemeinerscheinungen, die dritte hatte einen chronischen, mässig schweren Prozess, der aber infolge Schwangerschaft stürmisch sich verschlimmerte. Bei vorgeschriebener, analysirter Diät wurden in Reihen von 5 Tagen vor jeder Therapie, dann 2mal nach der Kastration, je 1mal nach der Chloroformnarkose und nach der Entfernung der schwangeren Gebärmutter die oben angeführten Stoffwechselverhältnisse geprüft.

Die im Anfangsstadium befindliche Patientin zeigte vor jedem therapeutischen Eingriff einen tatsächlichen Kalkverlust. Bei dem schweren Falle ergab sich bei verminderter Kalkausscheidung im Urin eine, wenn auch geringe Kalkretention. Nach Kastration bez. Hysterotomie wurde 2mal eine günstige Wendung im Kalkstoffwechsel beobachtet. In dem schweren Falle besserte weder die Chloroformnarkose, noch die Kastration. Im Verlaufe der Osteomalacie giebt es einen Zeitpunkt, da auffallend grosse Kalkmengen vom Organismus abgegeben werden; dieser fällt nicht mit dem Höhepunkt der Krankheit zusammen. Die Regenerationsfähigkeit ist in den Anfangsstadien am grössten. — Für die Magnesiumbilanz gelten ungefähr die gleichen Verhältnisse. — Bei den beiden nichtschwangeren Osteomalacischen fand sich im progressiven Stadium eine sehr grosse Ausscheidung der P_2O_5 im Urin und ein bedeutender thatsächlicher Phosphorsäureverlust. Nach der Heilung Phosphorsäureretention (Abnahme in Urin und Koth). Bei der Schwangeren fand im progressiven Stadium eine geringe Retention statt, die jedoch für die Bedürfnisse der Frucht nicht genügend erscheint, so dass der Organismus aus Eigenem wohl gewisse Mengen hergeben musste. Kastration und Hysterectomie von günstigem Erfolge, die Kastration nur einflusslos in dem schweren Falle, ebenso wie die Chloroformnarkose. Der Zeitpunkt für die radikale Therapie ist hier versäumt.

Aus den Untersuchungen über die N Ausscheidung geht während der Progression der Osteomalacie ein ziemlich hoher Eiweisszerfall, während der Regeneration mässige Eiweissapposition hervor. Da dies nicht mit Knochenveränderung zu erklären sei, folgert Verf., dass bei der Osteomalacie noch andere Gewebe beteiligt sein müssen. In dem schwersten Falle steigerte die Chloroformnarkose ebenso wie die Kastration den Eiweisszerfall.

Wenn durch palliative Behandlung innerhalb einer gewissen Zeit keine Besserung der Osteomalacie erreicht wird, hat die radikale Therapie unverzüglich einzutreten. Denn bei den fortgeschrittensten Stadien ist auch diese nicht nur erfolglos, sondern kann geradezu schädlich wirken. — Die Bestimmungen sind zum Schluss zahlenmässig beigefügt.

P. Strassmann.

Druckfehlerberichtigung. In No. 49, S. 856, Zeile 12 von unten lies: „Borkenbildung“ statt „Narbenbildung“.

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Digitized by Google

Hirschfelder

Wöchentlich erscheinen 1—2 Bogen; am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.

Centralblatt

für die

medicinischen Wissenschaften.

Preis des Jahrganges 28 Mark; zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. H. Senator, Prof. Dr. J. Munk, Prof. Dr. E. Salkowski,

redigirt von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.

1897. 25. Dezember. No. 52.

Die geehrten Abonnenten werden um rechtzeitige Erneuerung des Abonnements für das Jahr 1898 ersucht, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Inhalt: Mörner, Ueber den Schwefelsäuregehalt der Knochenasche. — Taylor, Ueber die Bestimmung der Alloxurkörper im Harn. — v. Voit, Bedeutung des Fleischextrakts. — Delezenne, Ueber die Blutgerinnung bei den Reptilien. — Bourceau, Ein neues Reagens auf Eiweiss. — Bramwell, Atlas der klinischen Medizin. — Albu, Ueber die Giftigkeit des Serums und der Transsudate. — Bardenheuer, Transplantation der Spina scapulae. — Küster, Ueber Resektion der Harnblase. — Pupovac, Ueber cavernöse Muskelgeschwülste. — Martin, Fall von Osteom des Oberschenkels. — Ammann, Fall von Retinitis circinata. — Schmaltz, Schweres Trauma des Processus mastoideus. — Friedrich, Zur Frage der tabischen Schwerhörigkeit. — Czylacz, Pulsionsdivertikel der Trachea. — Germano, Die Uebertragung von Infektionskrankheiten durch die Luft. — Rugh, Fall von Kaffeevergiftung. — Lancereaux, Der Alkoholismus beim Kind. — Moncorvo, Analgen in der Kinderpraxis. — Schlesinger, Ueber Magensarkome. — Senator, Die Pathogenese der chronischen Nephritis. — Kreidl, Ueber das Wurzelgebiet mehrerer Hirnnerven. — Jacobsohn und Jamane, Ueber Tumoren der hinteren Schädelgrube. — Pauly und Bonne, Bemerkenswerte Nervenkrankheit. — Pick, Zur Diagnostik der Sympathicuslähmung. — Schmaltz, Fall von Kohlenoxydvergiftung. — Wilms, Ueber Myiasis dermatosa oestrosa. — Werner, Fall von Primäraffekt am Zahnfleisch. — Albers-Schönberg, Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. — Kreitmayr, Ueber Uterusinversion. — v. Engel, Ueber die Decapitation. — Fränkel, Ueber Digitaliswirkung.

C. Mörner, Studien über den Schwefelsäuregehalt der Knochenasche. Zeitschrift f. physiol. Chem. XXIII. S. 311.

Weiske hat nachgewiesen, dass das Collagen der Knochen keine Schwefelsäure enthält und die in der Asche des Knochens vorhandene Schwefelsäure auf die Oxydation des Schwefels bezogen, welcher im Collagen enthalten ist. Vf. weist nun darauf hin, dass der Schwefelsäuregehalt der Asche zum grossen, ja grössten Teil von dem zur Herstellung der Asche angewendeten Verfahren herrührt, indem der Schwefel des bekanntlich stets schwefelhaltigen Leuchtgasses, zu Schwefelsäure verbrennend, von der al-

Digitized by Google

kalischen Asche aufgenommen wird. Vergleichende Versuche unter Anwendung von Spiritus statt des Leuchtgases zeigen dieses in evidenter Weise, weiterhin auch Versuche, in welchen chemisch reines Calcinmcarbonat in der Bunsen'schen Famme erhitzt wurde. 5 g desselben gaben nach 24stündigem Glühen 0,173 g Baryumsulfat. Indessen erweist sich auch die mit Hülfe einer Spiritusflamme hergestellte Knochenasche schwefelsäurehaltig und für diesen Gehalt ist die Erklärung durch die Oxydation organischer schwefelhaltiger Substanz sehr naheliegend; dennoch ist sie, wie Verf. gefunden hat, nicht richtig. Es zeigte sich nämlich, dass sich Schwefelsäure auch dann bildet, wenn das Knochenpulver unter Vermeidung der Glühhitze und des Luftzutritts in geschlossenen Gefässen gelinde erhitzt (geröstet) wird, ja das Resultat ist das gleiche, wenn der Röstungsprozess in Kohlensäure- oder Wasserstoffatmosphäre stattfindet, d. h. unter Umständen, welche die Möglichkeit einer Schwefelsäurebildung durch Oxydation ausschliessen. Die so erhaltenen Zahlen für den Schwefelsäuregehalt stimmen mit den durch Einäschern erhaltenen nahe überein. Als Quelle dieser Schwefelsäure ergab sich die Chondroitschwefelsäure, welche sich in den hieran reicheren und auch mehr Schwefelsäure in der Asche liefernden Fischknochen direkt nachweisen liess. E. Salkowski.

A. Taylor, Beiträge zur Verwertung der Krüger-Wulff'schen Methode zur Bestimmung der Alloxurkörper im Harn. Centralbl. f. inn. Med. 1897, No. 34.

Verf. hat eine Reihe von vergleichenden Versuchen nach der Krüger-Wulff'schen Methode und der des Referenten zur Bestimmung der Alloxurbasen angestellt, deren Einzelheiten sich dem Referate entziehen, und kommt in Uebereinstimmung mit Flatow und Reizenstein zu dem Resultat, dass die Krüger-Wulff'sche Methode viel zu hohe Zahlen liefert. Als Ursache dieser Erscheinung betrachtet T. einerseits die Fällung von N-haltigen Substanzen, welche nicht Alloxurbasen sind, durch Kupferoxydul, andererseits aber auch eine Verunreinigung des Kupferoxydulniederschlages durch Harnreste, welche auch bei sorgfältigem Arbeiten nicht zu beseitigen sind. E. Salkowski.

C. v. Voit, Ueber die Bedeutung des Fleischextraktes als Nahrungsmittel und als Genussmittel. Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 9.

v. Voit weist darauf hin, dass das Liebig'sche Fleischextrakt seiner Zusammensetzung nach als Nahrungsmittel nicht in Betracht kommen könne und solle, dass es dagegen seinen erheblichen Wert als Genussmittel habe, das im stande sei, den Appetit zu erregen und die Aufnahme von Nahrung zu befördern.

Er hält es deshalb prinzipiell für falsch, durch Zusatz von Nährmaterial (z. B. von Fleischmehl, wie bei dem sog. Bovril) einem Fleischextrakt zugleich nährende Eigenschaften geben zu wollen. Die auf solche Weise eingeführten Nahrungsmengen seien viel zu gering und viel zu teuer bezahlt. A. Loewy.

C. Delezenne, Sur la coagulation du sang chez les reptiles. Compt. rend. de la soc. de biol. 1897, No. 16.

Verf. hatte gefunden, dass Vogelblut, das, ohne mit dem Gewebe in Berührung zu kommen, aufgefangen wurde, nur sehr langsam gerinnt. Er wiederholte die Versuche mit dem Blute der Eidechsen, der Natter und der Schildkröte. Es fand sich, dass auch dieses, wenn es mittelst einer in eine grosse Schlagader gebundenen Canüle gewonnen wurde, nach 24—48 Stunden zu gerinnen begann und die Gerinnung erst in 3—4 Tagen beendet war. Liess man es jedoch direkt aus der Wunde auslaufen, so gerann es sehr schnell, ebenso wenn man zu dem durch die Canüle gewonnenen Blute ein Gewebsstückchen oder etwas Muskelplasma hinzufügte. Die coagulirende Eigenschaft der Gewebe kann als eine Schutzmassregel des Organismus gegen Verblutung aufgefasst werden. A. Loewy.

Bourceau, Un nouveau reactif des albumines urinaires. Comptes rend. 1897, No. 13.

Verf. empfiehlt ein neues Mittel, um im Harn leicht Eiweiss von Albumosen zu scheiden. Er benutzt Oxyphenylsäure, die ein Drittel Sulfosalicylsäure enthält. In der Kälte schlägt das Gemisch (höchstens ein Tropfen pro ccm Urin) die Eiweissstoffe nieder, die in der Hitze gerinnbar sind, nicht jedoch Albumosen und Peptone. Auch Phosphate und Urate werden dadurch nicht gefällt.

Es lässt sich so also Albuminurie von Albumosurie direkt scheiden. A. Loewy.

B. Bramwell, Atlas of clinical medecine. Edinburgh, printed by T. and A. Constable at the university press, 3 volumes, 1892—1896.

Das vorliegende, drei grosse Bände füllende Werk begnügt sich nicht, eine Reihe seltener Krankheitsbilder, mit allen Hülfsmitteln der Technik ausgeführt, vorzuführen, sondern bringt zugleich wertvolle, auf eigenen klinischen und anatomischen Untersuchungen des Verf.'s basirte wissenschaftliche Arbeiten. Eine nach bestimmten Prinzipien aufgestellte Reihenfolge ist nicht eingehalten; es folgen einander die einzelnen Krankheitsbilder, wie es etwa bei klinischen Demonstionen der Fall zu sein pflegt. So folgen einander im ersten Bande in grösseren, von wundervollen Abbildungen begleiteten Arbeiten Myxödem und Cretinismus, Friedreich'sche Ataxie, Morbus Addisonii, Hodgkin'sche Krankheit, chronische progressive Bulbärparalyse, Ophthalmoplegie, Pocken, zwischen denen kleinere Arbeiten, vorwiegend aus dem Gebiet der Haut- und Nervenkrankheiten eingeschoben sind. Der zweite Band bringt Gesichtsfeldstörungen, Syphilis, Cholera asiatica, Morbus Basedowii, Akromegalie, der letzte Band die Schilddrüsenbehandlung bei Hautkrankheiten, Poliomyelitis anterior acuta, Syphilis congenita, progressive Muskelatrophie in ihren einzelnen Formen, einige Herzaffektionen, Chlorose, perniciöse Anämie. Am Ende des 1. und 3. Bandes sind einige Fälle von Geisteskrankheiten in künstlerisch vollendeter Form farbig dargestellt.

Es ist an dieser Stelle nicht möglich, näher auf die einzelnen Arbeiten

Digitized by Google

einzugehen. Das Werk von Bramwell wird sowohl für das Studium des Einzelnen, als auch ganz besonders für den klinischen Unterricht stets von grosser Bedeutung sein. M. Rothmann.

A. Albu, Untersuchungen über die Toxicität normaler und pathologischer Serumflüssigkeiten. Virchow's Arch. Bd. 149. S. 405.

Verf. hat mit dem Serum gesunder Personen und Kranker mit Pneumonie, Bronchitis chron. gravis, Epilepsie, Urämie und Sepsis puerperalis intravenöse Injektionen bei Kaninchen vorgenommen. Das Blutserum gesunder Menschen wirkt in einer Dosis von 9,5 bis 11 ccm pro Kilogramm Tier giftig; nach plötzlich auftretenden Krämpfen tritt in wenigen Minuten der Tod ein. Der Giftstoff haftet an den normalen Eiweisskörpern des Blutserums; wahrscheinlich ist das Bluteiweiss selbst giftig. In Krankheitszuständen steigert sich die Toxicität des Serums bis zu 4—5 ccm pro Kilogramm Tier. Am stärksten ist die Giftigkeit des Serums bei den mit Anhäufung von Kohlensäure und anderen abnormen Stoffwechselprodukten im Blut einhergehenden Krankheiten. Dagegen sind qualitative Unterschiede der verschidenen Sera bisher nicht nachweisbar. Die Giftwirkung auf den tierischen Organismus äussert sich in einer deletären, bald excitirenden, bald lähmenden Wirkung auf das Nervensystem und in der Erzeugung einer akuten hämorrhagischen Nephritis. Bisweilen kommt es zur Hämoglobinurie. Auch auf Trans- und Exsudate überträgt sich die Giftigkeit des Blutserums. M. Rothmann.

Bardenheuer, Ueber Transplantation der Spina scapulae zum Ersatz der oberen Humerushälfte. Arch. f. klin. Chir. LIII. S. 324.

Die betreffenden Operationen, für die zwei Beispiele in extenso beigebracht werden, werden folgendermassen ausgeführt: Vom inneren Rand der Scapula über die Firste der Spin. scapul. geht ein Schnitt zum Acromium, vom hinteren Rand des M. deltoid. ein zweiter, senkrechter Schnitt bis zu dem Punkte dieses, an welchem seine Sehne sich in der Oberarmmuskulatur verliert. Hierauf werden Mm. supraspin. und infraspin. nach oben bezw. nach unten geschoben und mit Haken gehalten. Beim Kinde, bei dem die Spina scap. noch sehr niedrig, muss zu jeder ihrer Seiten ein $^1/_2$—1 cm langer Knochenstreifen im Zusammenhange mit abgetragen werden. Auf solche Weise wird bis in die Gelenkfläche hinein ca. $^1/_3$ dieser und das Collum scap. ausgemeisselt und im Zusammenhange mit der Spina und mittelbar durch diese mit dem Acromium belassen. Dann wird die Spina nach vorheriger Trennung der Ligg. coraco-acromialia nach hinten und aussen abgehebelt und vorher noch die Ansätze des hinteren Abschnittes des spinalen und acromialen Teils des M. deltoides abgelöst. Bei Lage des Drehpunktes im Acromio-Clavicular-Gelenk sinkt die Bruchfläche der Spina und die untere Acromiumfläche nach hinten. Das Schultergelenk liegt an der hinteren Seite sehr übersichtlich frei. Der 2. Akt der Operation besteht in Schaffung einer Wundhöhle durch Ablösung der Oberarmmuskulatur und des Periosts. Hierauf werden Spina und Oberarmstumpf aneinander genagelt. P. Güterbock.

Digitized by Google

Küster, Ueber Resektion der Harnblase mit Verlagerung des Harnleiters. Archiv f. klin. Chir. LIII. S. 465.

K. teilt zwei Fälle von Resektion der ganzen Dicke der Harnblase mit, welche beide das Gemeinsame haben, dass in beiden Fällen das von der, die Operation veranlassenden, Neubildung umwucherte vesikale Harnleiterende mitentfernt werden musste. Im ersten Falle war die von dem himbeergrossen, zottig papillären Tumor eingenommene rechtsseitige Harnleitermündung nicht zu finden; im zweiten zog der rechte Ureter mitten durch die Geschwulst, so dass 4 cm von ihm fortgenommen werden mussten. Beide Male wurde der vorher mit dem Knopfmesser eingekerbte Stumpf mit der Blasenwunde mit Catgut vernäht, ebenso wie die übrigen Blasenwunden mit Catgut (nach innen geknotet) genäht wurde. Die übrige Behandlung bestand im ersten Fall in primärer Naht der äusseren Blaseninicision und sekundärer Silberdrahtnaht der Bauchdecken, Tamponade und Verweilkatheter. Im zweiten Fall wurden Wunde der Blase und äussere Bedeckungen tamponirt. Soweit die Beobachtung bis zur Entlassung der geheilten Patt. reicht, hat die Ureterenimplantation keinerlei Störung zur Folge. P. Güterbock.

D. Pupovac, Beitrag zur Casuistik und Histologie der cavernösen Muskelgeschwülste. Arch. f. klin. Chir. XLIV. S. 561.

P. hat Gelegenheit gehabt, in der Gussenbauer'schen Praxis 3 Fälle von cavernösen Muskelgeschwülsten zu beobachten und die exstirpirten Tumoren histologisch zu untersuchen.

Die Geschwülste sind selten; sie sitzen in der Muskulatur, haben die Konsistenz des Fettes, bezw. des Bindegewebes; sie sind nicht scharf umgrenzt und nicht kompressibel. Nach Ansicht P.'s handelt es sich wesentlich um eine Neubildung des interstitiellen Binde- und Fettgewebes, mit der gleichzeitig eine reichliche Gefässentwicklung einhergeht. Die Muskelfasern verhalten sich passiv. Sie werden auseinandergedrängt und gehen schliesslich zu Grunde. Die Therapie besteht in der Exstirpation der erkrankten Gewebsmasse. M. Borchardt.

M. M.-A. Martin, Observation d'ostéome du vaste interne de la cuisse gauche, suivie de quelques considérations sur les ostéomes musculaires en général. Gaz. des hôp. No. 114.

Ein 22jähriger Artillerist erhält einen Hufschlag gegen den linken Oberschenkel. Er empfindet sofort heftige Schmerzen, kann jedoch noch eine Reihe von Tagen seinen Dienst verrichten. Die am 19. Tage nach dem Unfall vorgenommene Untersuchung ergiebt an der Verletzungsstelle, fingerbreit oberhalb der Kniescheibe beginnend, vor der Sehne des Adductor magnus einen verschiebbaren, nur bei Kontraktionen des Triceps fixirten, knochenharten Tumor von unregelmässiger Oberfläche. Die auf ein Osteom im Vastus internus gestellte Diagnose wurde bei der 4 Wochen später vorgenommenen Exstirpation bestätigt.

Joachimsthal.

Digitized by Google

E. Ammann, Ein Fall von Retinitis circinata mit anatomischer Untersuchung. Archiv f. Augenheilk. XXXV. S. 123.

A. hatte Gelegenheit, einen Fall von Retinitis circinata (Fuchs) anatomisch zu untersuchen. Hierbei erscheint die Netzhaut an der Macula grau oder graugelb getrübt und ist umgeben von einer Zone kleiner weisser Fleckchen oder grösserer weisser Flächen. A. fand, dass die weissen Flecken da entstanden, wo früher Blutungen gesessen hatten, dies aber erst zu einer Zeit, wo von der Blutung an der betreffenden Stelle schon lange nichts mehr zu sehen war. Die hyalinen Schollen waren aus zerfallenen roten Blutkörperchen und nicht, wie bisher meist angenommen wurde, durch Exsudation einer eiweissreichen Flüssigkeit entstanden. Ophthalmoskopisch waren sie gar nicht sichtbar oder bedingten nur eine wahrscheinlich schmutzig-rote Verfärbung der betreffenden Netzhautstelle. Die Fettkörnchenzellen hatten die Bedeutung von Fresszellen und waren sehr wahrscheinlich aus Endothelien hervorgegangen. Horstmann.

H. Schmaltz, Demonstration eines seltenen Falles von schwerem Trauma des Processus mastoideus. Verhandl. der Deutsch. Otolog. Gesellschaft. 1897. S. 23.

Sch. stellt einen Mann vor, bei dem er wegen heftiger Schmerzen in der linken Ohrgegend, besonders in der stark geschwollenen Pars mastoid., die Aufmeisselung der letzteren vorgenommen hat. Bei der Operation fand er die Weichteile in eine feste Schwarte verwandelt, nach deren Spaltung und Zurückschiebung das Messer auf einen zu etwa $^2/_3$ seiner Länge im Knochen eingekeilten Fremdkörper stiess, der sich als ein 32 mm langes, an der Basis 12 mm, an der Spitze 6 mm breites Sprengstück eines Gewehrlaufes präsentirte, welcher bis in das Antrum mastoid. eingedrungen war. Heilung nach Entfernung dieses Eisenstückes und Auskratzung der mit Granulationsgewebe erfüllten Höhle. Aus der Anamnese ergab sich, dass Pat. vor 14 Jahren bei der Explosion eines Gewehres einen Schlag gegen das Ohr bekommen hatte. Er sei wenige Minuten bewusstlos gewesen und habe aus einer Wunde hinter dem Ohr und aus dem Gehörgang geblutet; unter einem Pflasterverband sei nach einigen Tagen die Wunde verheilt und er habe seit der Zeit, ausser einer Herabsetzung der Hörfähigkeit, keinerlei Beschwerden, auch keinen Ausfluss aus dem Ohr gehabt. Irgend eine Ursache, welche zu den neuerdings aufgetretenen Schmerzen Veranlassung gegeben haben konnte, weiss Pat. nicht anzugeben.
Schwabach.

Friedrich, Beiträge zur Frage der tabischen Schwerhörigkeit. Verhandl. d. Deutsch. Otol. Ges. 1897. S. 38.

Auf Grund der neuesten Untersuchungen kann man, nach Verf., nicht umhin, die Tabes als eine Neuronerkrankung aufzufassen, bei der den springenden Punkt eine Schädigung der von den Spinalganglien ausgehenden Systeme bildet. Von diesem Standpunkte aus betrachtet Vf. auch die Hörerkrankungen bei Tabes und er kommt auf Grund der bisher veröffentlichten Sektionsbefunde (über eigene anatomische Untersuchungen scheint er

nicht zu verfügen. Ref.) und der klinischen Beobachtungen zu der Ansicht, dass bei der tabischen Ohrerkrankung die häufigsten anatomischen Veränderungen ihren Sitz in den peripheren Auffaserungen des Acusticus haben. Er „erachtet es nicht für vermessen, bei der tabischen Gehörerkrankung von einem in den peripheren Auffaserungen des primären Neurons des Acusticus, ebenso in den primären Ausbreitungen des N. cochlearis, im Gangl. spirale und weiterhin seinem Axencylinderfortsatze, dem Acusticusstamm, lokalisirten Krankheitsprozess zu sprechen". Schwabach.

---

v. Czyhlacz, Ueber ein Pulsionsdivertikel der Trachea, mit Bemerkungen über das Verhalten der elastischen Fasern an normalen Tracheen und Bronchien. Centralbl. f. allg. Pathol. etc. 1897, No. 18.

Bei einer Patientin, die viele Jahre an Husten gelitten hatte, fand sich bei der Sektion in der Pars membranacea der Trachea dicht unter dem Kehlkopf eine sackartige Ausbuchtung, deren rundliche Oeffnung in die Trachea einen Durchmesser von ca. 2 cm hat und deren Tiefe circa $1^1/_2$ cm beträgt. Die Wand dieses Divertikels ist glatt, dünn und leicht durchscheinend; auch die übrige Pars membran. ist dünn, schlaff und verbreitert (ca. 3 cm). Ausserdem fand sich eine angeborene Atelektase des linken Unterlappens, dessen Bronchien erweitert, cylindrisch mit sackförmigen Ausbuchtungen waren.

Die histologische Untersuchung der Pars membran. ergab im Wesentlichen einen Schwund des Muskelgewebes, der in der verdünnten Wand des Divertikels besonders auffallend war. Um das Verhalten der elastischen Fasern zu bestimmen, wurde eine Reihe von Schnitten mit Weigert's neuer Methode zur Färbung derselben behandelt, nachdem zunächst Präparate von normalen Objekten untersucht wurden, über deren Befund im Original nachzulesen ist, da die normalen Histologen sich mit diesen Verhältnissen wenig beschäftigt haben und deshalb eine ausführliche Beschreibung erfolgen musste. Für diesen Fall ergab sich, dass die dicke, dicht unter der Mucosa befindliche Schicht längsverlaufender Fasern als solche nicht wiederzuerkennen ist, da nur an einzelnen Stellen sich noch stärkere Anhäufungen elastischer Fasern finden, während an den übrigen nur ganz vereinzelte zu entdecken sind. Ausserdem lässt sich noch an den bei den Bronchien die Knorpelplatten verbindenden elastischen Fasern ein starker Defekt nachweisen, indem dieselben fast ganz geschwunden sind. Analoge Beobachtungen für Bronchiectasien sind von Tischer und Ribbert erwähnt.

W. Lublinski.

Germano, Die Uebertragung von Infektionskrankheiten durch die Luft. II. Mitteilung: Die Uebertragung der Diphtherie durch die Luft. Zeitschr. f. Hyg. 1897. XXV. (3.) S. 439.

G. hat Stauharten mit Agaraufschwemmungen oder Bouillonkulturen des Diphtheriebacillus getränkt und das Gemisch austrocknen lassen. Er fand, dass die Bacillen im Staube wie in Membranen der Austrocknung lange widerstehen. Dabei war es gleichgültig, ob das Austrocknen im Zimmer geschah oder unter einem Schwefelsäure-Exsiccator. Das Absterben

tritt ein nach ca. 6—8 Wochen, und zwar um so später, je grösser die Menge des umgebenden Staubes ist. Die dem Austrocknen ausgesetzten Diphtheriebacillen behalten ihre volle Virulenz. Um auch experimentell nachzuweisen, dass die Austrocknung so hochgradig sein kann, dass eine Uebertragung durch die Luft möglich ist, hat G. ein System Erlenmeyer'scher Kölbchen, die mit doppeltdurchbohrtem Gummistöpsel verschlossen wurden, durch gebogene Glasröhren verbunden. Im ersten Kölbchen war Staub, in den weiteren flach erstarrtes Agar, dahinter befand sich ein Röhrchen mit Bouillon, aus welchem der abführende Schenkel in ein Gefäss mit Schwefelsäure führte. Der Staub im ersten Kolben wurde mittelst eines Gebläses aufgewirbelt. Beim ersten Versuche, in welchem die Diphtheriebacillen in Sand verteilt waren, wurden nur bis ins nächstfolgende Kölbchen Bacillen verschleppt, während bei späteren Versuchen, in denen der Sand durch Lehm ersetzt wurde, in allen Kölbchen Wachstum auftrat. Aus diesen Versuchen schliesst G., dass der Diphtheriebacillus durch die Luft übertragen werden könne.

(Bei der geschilderten Versuchsanordnung ist gar keine Rücksicht darauf genommen worden, wie gross die Luftgeschwindigkeit war, welche den Staub aufwirbelte. Mittelst eines Gebläses lässt sich eine enorme Geschwindigkeit erzeugen, welche der eines Sturmes entspricht. Im Zimmer andererseits kommen nur minimale Luftströme in Betracht, da wir solche von 0,15 m bereits als Zug empfinden. Es müsste daher noch geprüft werden, ob der Diphtheriebacillus eine so hochgradige Austrocknung verträgt, dass er durch so geringe Luftströme übertragen werden kann, ehe dieses Moment für die Verbreitung der Diphtherie in Rechnung gezogen werden kann. Ref.) H. Bischoff.

J. T. Rugh, Profound toxic effects from the drinking of large amounts of strong coffee. The med. and surg. rep. 1896, No. 18.

Ein 30jähriger, sonst gesunder, aber nicht sehr kräftiger Mann hatte, um sich, bei nur kurzer Nachtruhe, am Tage munter zu halten, täglich 10—12 grosse Tassen starken Kaffee getrunken. Nach etwa drei Wochen erkrankte er unter akuten Intoxikationserscheinungen: starke Spannung der Arm- und Beinmuskeln, bei der geringsten Bewegung klonische Krämpfe, Hallucinationen, starke Aufregung; Puls 96, voll, aber schwach, Respiration 24, matt, Pupillen normal, Zunge belegt, Kniereflexe gesteigert. Anderweitige Intoxikationen, besonders Alkoholvergiftung, war mit Sicherheit auszuschliessen. Nach Weglassen des Kaffees und Darreichung von Calomel und Trional besserte sich der Zustand sehr schnell; nach kurzem Seeaufenthalt wurde Pat. völlig wiederhergestellt. K. Kronthal.

M. Lancereaux, L'alcoolisme chez l'enfant; son influence sur la croissance. Bull. de l'acad. de méd. 1896, No. 40. S. 367.

Als Beispiel für die Einwirkung des Alkohols auf die Entwicklung der Kinder berichtet Verf. über ein 13- und 14jähriges Mädchen, die beide von frühester Kindheit an reichliche Dosen Weins und Liqueurs erhalten hatten. Beide Kinder litten an Cirrhosis hepatis und waren im Wachstum

nnd in der Gesammtentwicklung sehr erheblich hinter gleichalterigen Kindern zurückgehliehen. In heiden Fällen waren die Eltern kräftige, gross gewachsene Menschen. Dass die Cirrhosis die mangelhafte Entwickelung verschulde, glanbt Verf. nicht annehmen zu sollen, da der frühzeitige Alkoholgenuss das Wachstum der Kinder hemmt, auch ohne dass Cirrhose entsteht. Verf. neigt vielmehr der Ansicht zu, dass es sich um nervöse Einflüsse handle. Auch im Tierversuch gelang es dem Vf., durch Darreichung regelmässiger Gaben von Alkohol die Entwicklung junger Kaninchen und Hühnchen im Vergleich zn derjenigen anderer Tiere desselben Wurfs resp. derselhen Brut wesentlich zn hemmen. Stadthagen.

Moncorvo, Sur l'emploi de l'analgène dans la thérapeutique infantile. Bull. gén. de thér. méd. etc. 1896. S. 529.

Das Analgen hat sich in der Kinderpraxis bewährt als Antipyreticum, Nervinum und Narcoticum. So faud Verf. es wirksam: 1. bei Tuberknlose nnd Lymphangitis, auch hei Sumpffiehern zeigte es sich von Einfluss; 2. hei Chorea, Hysterie und Epilepsie wirkt es heruhigend auf die Muskelkrämpfe ein; 3. hei Neuralgien, den ansstrahlenden Schmerzen des Malum Pottii und anderen Zuständen wirkt es schmerzstillend. Es wird, da es geschmacklos ist, von den Kindern ohne Widerstrehen genommen. Es hat keine schädlichen Nebenwirkungen. Die Dosis beträgt 0,25—3 g in 24 Stunden.
Stadthagen.

H. Schlesinger, Klinisches über Magentumoren nicht-carcinomatöser Natnr (Magensarkom). Zeitschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft.

Die Magensarkome teilen sich in primäre und sekundäre; die letzteren sind die selteneren. Was den Magenchemismus anlangt, so ist derselhe beim Sarcoma ventriculi derselhe wie beim Carcinom. Auch bezüglich des Auftretens von Blutungen aus dem Magen hesteht kein wesentlicher Unterschied. Im Urin wird zuweilen Alhumen vorgefunden; Peptonurie konnte dagegen nicht konstatirt werden. Bei stenosirendem Pylorussarkom mit motorischer Insufficienz des Magens bestand des Oefteren eine nicht unerhehliche Verringerung der Urinmenge. Stets bestand mässige Leukocytose neben Oligocytämie und Poikilocytose; der Hämoglobingehalt des Blntes nahm entsprechend der Zahl der Blutkörperchen ab. Cachexie setzte rasch ein und wurde bald sehr erhehlich, trotz guter Nahrungsaufnahme. Die Krankheitsdauer hetrug im Durchschnitt 1—$1^1/_2$ Jahre. Aus allem diesen erhellte, dass eine Differentialdiagnose zwischen dem Sarkom und dem Carcinom des Magens nnr sehr schwer, oft gar nicht zu ermöglichen ist. Für eine solche kommen nur in Betracht das Verhalten der Metastasen und der Milz. Der Exitus scheint heim Magensarkom häufiger als heim Krebs desselben Organes durch Perforationsperitonitis einzutreten. Die Prognose ist eine durchaus schlechte. Speziell gilt dies von den Lymphosarkomen. Ein frühzeitiger chirnrgischer Eingriff könnte vielleicht zuweilen von einigem Nntzen sein. Es folgen eine Anzahl von Beohachtungen und casuistischen Mitteilungen. C. Rosenthal.

Digitized by Google

H. Senator, Die Pathogenese der chronischen Nephritis. Berliner klin. Wochenschr. 1897, No. 38.

Im Gegensatz zu anderen Entzündungsprozessen der Niere, die ebenfalls zu Verhärtung und Schrumpfung des Organes führen, versteht man unter „chronischer Nephritis" eine durch fehlerhafte Blutbeschaffenheit bedingte schleichende Entzündung beider Nieren; diese abnorme Beschaffenheit des Blutes hat mannigfache Ursachen und ist wahrscheinlich auch verschiedener Natur. Je nach der Natur der ursächlichen Schädlichkeit und je nach der Stärke und Dauer ihrer Einwirkung zeigen sich Differenzen in der Beteiligung der einzelnen Gewebe an der Entzündung. So werden bei der nach Scharlach, nach Erkältungen, nach Malaria-Infektion und in der Schwangerschaft auftretenden akuten Nephritis überwiegend die Gefässknäuel befallen („Glomerulonephritis"), bei vielen fieberhaften Infektions- und Intoxikationsprozessen dagegen mehr die Epithelien der Harnkanälchen („tubulöse" oder „parenchymatöse Nephritis"). Für die chronischen Nephritiden ist es gleichgültig, welche der erwähnten Gewebsbestandteile zuerst erkranken, da schliesslich beide Gewebe dem Schwund anheimfallen und es durch Bindegewebswucherung zur Induration des Organs („sekundäre Schrumpfniere") kommt. Ebenso wie bei diesen aus einer akuten Nephritis hervorgegangen chronischen Entzündungen ist auch bei den viel häufigeren, ganz unmerklich einsetzenden chronischen Nephritiden der Untergang des Parenchyms gewöhnlich das Primäre und die interstitielle Entzündung erst die Folge davon; für viele Fälle muss man aber doch wohl annehmen, dass von vornherein Parenchym und Bindegewebe gleichzeitig von einer Schädlichkeit befallen werden, die zur Entzündung beider Teile führt, oder dass sogar vielleicht das interstitielle Gewebe den Ausgangspunkt der Entzündung darstellt und der Untergang des Parenchyms erst sekundär erfolgt („primäre" oder „genuine Schrumpfniere").

Eine sehr häufige Form der chronischen Nephritis, die zur Schrumpfung führt, beruht auf Arteriosklerose. Am reinsten kommt dieser Zusammenhang zum Ausdruck bei der „senilen Granularatrophie der Nieren", bei der infolge der mangelhaften Blutzufuhr zur Niere Parenchymschwund und in Folge davon Bindegewebsneubildung auftritt. Dagegen sind bei der sehr häufig vorkommenden, vom Greisenalter unabhängigen Nierensklerose die interstitiellen Veränderungen stärker ausgebildet, weil die meisten der Ursachen, die zur Arteriosklerose führen, zugleich als Entzündungserreger auf die Nieren einwirken; es sind dies: Gicht, chronische Blei- und Alkoholintoxikation und Syphilis, während der chronische Tabakmissbrauch, der Diabetes mellitus und wohl auch eine erbliche Anlage als Ursachen einer primären Arteriosklerose, die erst sekundär zur Induration führen, anzuschuldigen sind.

Endlich können sich Schrumpfnieren auch entwickeln in Folge angeborener oder erworbener Verengerung der Nierenarterien, oder auch bei schwerer Anämie und Cachexie (infolge von Unterleibscarcinomen, Lungentuberkulose etc.). Perl.

A. Kreidl, Experimentelle Untersuchungen über das Wurzelgebiet des N. glossopharyngeus, vagus und accessorius beim Affen. Wiener Akadem. Sitzungsber. Jahrg. 1897. Mai. S. 197.

K. kommt nach seinen an einer grösseren Anzahl von Affen (Macacus rhesus) angestellten Versuchen zu folgenden Resultaten. Zunächst ist der N. vagus der motorische Nerv für den Oesophagus; zweitens innerviren der Accessoriusstamm und ein unterstes, von Kr. c genanntes Nervenwurzelbündel die Mm. sternocleido-mastoidens und trapezius. Die Pharynxmuskeln werden vom N. vagus innervirt. Die Wurzelfasern für die inneren Kehlkopfmuskeln verlaufen in den unteren Fasern des mittleren Wurzelbündels: es ist dies dasjenige Bündel, welches die bulbären Fasern des N. accessorius (den Ramus internus der Anatomen) enthält, wobei es Kr. dahingestellt sein lässt, ob diese Fasern als zum N. vagus oder zum N. accessorius gehörig zu bezeichnen sind. — Nach Kr. bestimmte Grabower (Cbl. 1895, S. 494; 1896, S. 653) ebenfalls richtig die 4—5 untersten Fasern und leugnet, da er sie zum N. vagus zählt, den Einfluss des N. accessorius, da er den Stamm meint: „in Wirklichkeit findet er die Nervenwurzeln in denselben Fasern, wie alle jene, als deren Gegner er auftritt".

Die Frage spitzt sich demnach nach Kr. dahin zu, nicht ob der Accessorius oder der Vagus die den Kehlkopf innervirenden und die herzhemmenden Fasern führt, sondern ob die von fast allen Autoren in gleicher Weise lokalisirten Fasern zum N. vagus oder N. accessorius zu rechnen seien. Die Lösung dieser Frage sei erst möglich, wenn man die Kerne sicher von einander wird trennen können, was nach des Ref. Ansicht Grabower in der letzteren der oben citirten Arbeiten thatsächlich ausgeführt hat. Bernhardt.

L. Jacobsohn und **B. Jamane,** Zur Pathologie der Tumoren der hinteren Schädelgrube. Archiv f. Psych. XXIX. (1.)

Die Verff. berichten über 8 Fälle von Tumoren der hinteren Schädelgrube, die in dem Laboratorium des Prof. Mendel in den letzten Jahren einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung unterzogen wurden. Die Kranken standen im Alter von 5 bis zu 68 Jahren; 4 waren männlich, 4 weiblich. Aetiologisch liess sich nichts Sicheres feststellen, doch fanden sich bei einem Kranken zwei Gummigeschwülste im Gehirn, obwohl jede syphilitische Infektion in Abrede gestellt wurde. Die ersten subjektiven Symptome bestanden in Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindelgefühl, Mattigkeit. Namentlich ist die bekannte Trias der Erscheinungen bei Kleinhirntumoren häufiger als bei Tumoren der andern Schädelgruben. Nackenschmerz und Nackensteifigkeit wurde 3—4mal angetroffen. Veränderungen des Augenhintergrundes waren unter 7 klinisch untersuchten Fällen 6mal vorhanden; es scheint, dass schwerere, zu Herabsetzung der Sehkraft und zu Erblindung führende Augenhintergrundsveränderungen bei Tumoren der hinteren Schädelgrube häufiger vorkommen, als bei Stirnhirntumoren etc. Der taumelnde Gang und die cerebellare Ataxie behalten zur Feststellung des Sitzes des Tumors ihre alte Bedeutung, wenn auch diese Erscheinungen bei Tumoren der vorderen und mittleren Schädelgrube in selteneren Fällen auftreten. — Lähmungen der V. bis XII. Hirnnerven oder vorausgehende

Schmerzen, Zuckungen, Reizerscheinungen in diesen Nervengebieten stützen die Diagnose der Tumoren der hinteren Schädelgruhe. Lähmungen der motorischen Bahnen (die Körperhahnen mit einbegriffen) treten viel häufiger auf, als Lähmungen sensihler Bahnen, und scheint dieser Umstand dadurch erklärt zu werden, dass ebenso wie hei peripherischen Nerven, so auch bei centralen Nervenfasern die sensihlen Fasern einem Drucke gegenüher viel widerstandsfähiger sind, als die motorischen. Einen Unterschied in dem Krankheitsverlauf macht der Sitz der Tumoren. Hat derselhe seinen Ursprung und Sitz im Kleinhirn, so treten die Erscheinungen der cerebellaren Ataxie vor den Lähmungen der Hirnnerven und der Körpermuskulatur auf und spielen im Krankheitsbilde selbst eine hervorragende Rolle; hat der Tumor aher seinen Ursprung im oder zur Seite des Hirnstammes, so kommen zuerst die Lähmungen zur Beobachtung und erst später die Erscheinungen von Seiten des Kleinhhirns. — Die Patellarreflexe waren in allen 8 Fällen vorhanden. In 3 Fällen trat ein plötzlicher Exitus letalis ein. Unter den 8 Fällen fanden sich 2 Cysten, 1 Syphilom, 1 Osteosarkom, 2 Gliosarkome, 1 Solitärtuherkel, 1 Fibrom. In 2 Fällen fanden sich ausserdem noch je ein Tumor in der inneren Kapsel und in der Medulla ohlongata. — Von den Folgeerscheinungen der Tumoren kamen sekundäre Degenerationen vielfach zur Beohachtung, und in einem von 4 Fällen, in denen das Rückenmark untersucht wurde, lagen Degenerationen der Vorder- und Seitenstränge, sowie der vorderen und hinteren Wurzeln vor. S. Kalischer.

Pauly et **Ch. Bonne,** Maladie à symptômes cérébello-médullaires. Revue de méd. 1897, No. 3.

Drei Brüder, aus gesunder Familie stammend, im Alter von 26, 23 und 8 Jahren, erkrankten, als sie 12, hezw. 14, bezw. 6 Jahre alt waren, in eigentümlicher Weise. Der Beginn des Leidens wechselte hei allen dreien; der eine hekam zuerst Nystagmus, der andere eine spastische Lähmung, der dritte einen schwankenden Gang — aber im weiteren Verlaufe trat eine gewisse Gleichartigkeit im Symptomenkomplex zu Tage. Schliesslich hatten alle drei eine spastische Paraplegie der Beine, kein Romherg'sches Zeichen, keine Ataxie, keine Störungen der Sensihilität, aber Intentionszittern, Nystagmus, nasale, monotone Sprache, leichte Atrophie der Sehnerven, erhöhte Patellarreflexe und Dorsalclonus, die Intelligenz war nicht gestört.

Die Verff. grenzen die Fälle sorgfältig gegen die Friedreich'sche Krankheit, die multiple Sklerose, die familiäre multiple Sklerose u. s. w. ab und heschränken sich daranf, die Erkrankungsform lediglich symptomatisch, wie der Titel es anzeigt, zu henennen. M. Brasch.

Fr. Pick, Zur Diagnostik der Sympathicuslähmung. Prag. med. Wochenschrift 1896, No. 48.

Bei einem 31jähr. Manne, welcher einen Mediastinaltumor rechts hatte und hei dem in der linken Supraclaviculargrube eine Drüse zu fühlen war, zeigte sich eine auffallende Differenz der Pupillen und Lidspalten (L > R),

ausserdem eine Prominenz des linken Augapfels. Zuerst wurde an eine linksseitige Sympathicusreizung gedacht; damit stimmte aber die prompte Lichtreaktion der linken Pupille nicht überein; die Sektion ergab auch, dass der Tumor den rechten Sympathicus zerstört hatte (vom 7. Hals- bis 4. Brustwirbel) und dass also die Verengerung der rechten Pupille und Lidspalte einen pathologischen Befund darstellte, während der linke Sympathicus einen durchaus normalen Zustand aufwies.

Hier konnte also durch die Pupillenlichtreaktion nachgewiesen werden, welche Seite die kranke, bezw. ob Lähmung oder Reizung des Sympathicus vorhanden war. M. Brasch.

R. Schmaltz, Zur Kenntnis der Erkrankungen des Centralnervensystems nach Kohlenoxydvergiftung. Jahresber. d. Dresd. Ges. f. Nat.- u. Heilkunde. 1896.

Der 30jährige Pat. erkrankte in einem schlecht ventilirten Raume, in welchem Koakskörbe brannten, plötzlich unter Erbrechen und Bewusstlosigkeit; er erholte sich und ging in seine Wohnung, am nächsten Morgen wurde er bewusstlos und gelähmt vorgefunden. Er war übrigens 6 Jahre vorher mit Lues inficirt worden. Bei der Aufnahme ins Spital war er rechtsseitig hemiplegisch und bewusstlos. Als er zu sich kam, war er aphasisch (ataktisch — subcortical) und zeigte Sensibilitätsstörungen auf der gelähmten Seite. Das Bein besserte sich, Arm und Sprache blieben gelähmt. Das Herz und die Nerven waren gesund. Der Vortragende glaubt, dass es sich um eine Blutung oder Erweichung im Gebiet der inneren Kapsel mit grösserer oder geringerer Ausdehnung nach der Rinde hin handelte, die auf CO-Vergiftung beruhe und dass die überstandene Syphilis den Pat. zu dieser Erkrankung prädisponirt haben könnte.

(Der Fall ist jedenfalls kein einwandfreier, es kann sich ebenso gut um eine rein luetische Krankheit gehandelt haben. Ref.) M. Brasch.

M. Wilms, Myiasis dermatosa oestrosa. (Aus der chir. Universitätsklinik in Leipzig.) D. med. Wochenschr. 1897, No. 33.

Während die durch Musciden (Schmeissfliegen) hervorgerufene Myiasis muscosa in gewissen Ländern Europas recht häufig vorkommt, wird hier die durch die Larven von Oestriden (Biesfliegen) veranlasste Erkrankung, die Myiasis oestrosa, nur äusserst selten beobachtet. Im Gegensatz zu den Muscidenlarven, die ausgedehnte Gewebszerstörungen bewirken, in die Highmors- und Paukenhöhle, in die Orbita und selbst in die Schädelhöhle vordringen können, nicht selten auch eine tödliche septische Allgemeinerkrankung nach sich ziehen, wandert die Oestruslarve nicht und verursacht immer nur eine prognostisch günstige lokale Erkrankung. Legt eine Biesfliege auf die Haut oder in ihre Wunden Eier, so kriecht die bald austretende Larve vermittelst ihrer Haken in die Cutis, häutet sich hier nach einiger Zeit und veranlasst eine geringe Entzündung mit Bildung eines sie kapselartig umschliessenden Granulationsgewebes. Mit ihrem Wachstum vergrössert sich der Sack und es entsteht auf der Haut eine Erhöhung (Dasselbeule), zu deren Seite man immer eine Oeffnung findet, durch die das Tier

Digitized by Google

atmet und seine Exkremente entleert. Es folgt nun eine nochmalige Häutung, worauf die Larve infolge ihrer grösseren Haken und lebhafteren Bewegungen einen stechenden Schmerz verursacht. Das ganze Larvenleben in der Haut kann nach den verschiedenen Angaben der Autoren 1—6 Monate dauern. Aus dem Körper ausgekrochen, verpuppen sich die Larven in der Erde.

Der vom Verf. beobachtete Fall betraf einen jungen Mann, der zuerst vor zwei Monaten, während eines Aufenthaltes in Brasilien, an der Vorderfläche des Unterschenkels eine linsengrosse, schmerzlose Rötung, auf der sich bald ein kleiner Grind bildete, bemerkt hatte; erst in den letzten Tagen stellte sich hier ein bohrendes Gefühl ein. Bei der Untersuchung bestand nach aussen von der Tibiakante ein fünfpfennigstückgrosser, schmutzig belegter, granulirender Defekt und daneben eine fluktuirende, halbkirschgrosse, sehr schmerzhafte, rötlich-blaue Schwellung. In der Tiefe des kraterförmigen Geschwürs sah man die rundliche Oeffnung eines Kanals, in dem sich ein weissliches Gebilde bewegte, das sich bisweilen sogar 2—3 mm aus ihm heraushob, beim Versuche, es zu fassen, aber rasch retirirte. Durch Spaltung des Kanals und der Schwellung liess sich leicht eine über 2 cm lange und 6 mm breite Fliegenlarve herausholen, die sich mit der von BRAUER als Dermatobia noxialis Gondot benannten identisch erwies. H. Müller.

S. Werner, Ein Fall von Primäraffekt am Zahnfleisch. (Aus der Abteilung des Dr. ENGEL-REIMERS.) Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten. Band I. S. 404.

Bei einer 38jähr. Arbeiterin mit sehr defektem und vernachlässigten Gebiss zeigte sich das Zahnfleisch des Oberkiefers vom rechten äusseren Incisions- bis zum ersten linken Molarzahn exquisit schinkenfarben, hart, verdickt und mit mehreren erbsengrossen, flachen, grau belegten Ulcerationen besetzt. In der Mitte der Oberlippenschleimhaut bestand ein stark vorspringendes, kirschkerngrosses, indurirtes Geschwür mit schinkenfarbenem Rande, das sich über das Lippenrot hinaus noch etwas auf die äussere Haut erstreckte. Die linke Gesichtshälfte zwischen Oberlippe und Auge war etwas geschwollen, die Submaxillardrüsen beiderseits gleichmässig vergrössert, ausserdem am Körper ein ausgebreitetes maculöses und papulosquamöses Syphilid.

Verf. glaubt, dass die Veränderungen am Zahnfleische den eigentlichen Primäraffekt darstellten und dass das Ulcus der Oberlippe nur als ein sekundär entstandener Abklatschschanker anzusprechen ist. Wie die Infektion zu stande gekommen war, liess sich nicht ermitteln. H. Müller.

H. Albers-Schönberg, Zur Behandlung der Extrauteringravidität in den ersten Monaten. Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst. IV. Jahrg. 1893/94.

OLSHAUSEN und VEIT halten in den ersten Monaten bei sicherstehender Diagnose vor der Ruptur die Laparotomie und Exstirpation des Fruchtsackes für indicirt; nach erfolgter Ruptur aber nur bei bedrohlichen Erscheinungen. Ferner ist nach Veit das Moment der Gefahr der Ruptur

der Tube nach dem Tode der Frucht wichtig; in diesen Fällen, welche sich durch andauernde Schmerzen der Pat. und sich wiederholende Blutungen oder Abgang von blutigem Schleim markiren, nimmt er ebenfalls die Exstirpation des Fruchtsackes vor. Auch Dührssen tritt bei sicherstehender Diagnose: geplatzter Tubarschwaugerschaft für die Laparotomie ein, da dieselbe eine unkomplicirte sei, nur die nicht ganz kurze und tiefe Narkose und das Sinken des abdominellen Druckes nach Eröffnung der Bauchhöhle sei zu fürchten. Wyder und Dührssen empfahlen, um die Widerstandsfähigkeit des geschwächten Organismus gegen Narkose und Operation zu erhöhen, in jenen Fällen, in welchen infolge der hochgradigen Anämie tötlicher Kollaps zu fürchten ist, die Vornahme einer Kochsalzinfusion. Verf. tritt der Behauptung Dührssen's, welcher die subkutane Infusion als die einfachere, weniger Zeit raubende der intravenösen vorzieht, entgegen, indem er behauptet, das Verfahren der subkutanen Infusion sei zu langsam; er berichtet nun des Ausführlichen über einen Fall, der wegen ausserordentlich schwerer Anämie und tiefen Kollapses nicht mehr operirt werden konnte und wo durch Infusion direkt das Leben erhalten wurde. Verf. kommt auf Grund noch eines hier genau beschriebenen Falles und vieler anderer Erfahrungen zu folgendem Schluss: Die Eileiterschwangerschaft ist bei unversehrter Tube sofort nach gestellter Diagnose zu entfernen. Nach eingetretener Ruptur ist darauf zu achten, ob Laparotomie oder exspektatives Verfahren die günstigsten Aussichten auf Erhaltung des Lebens geben, ob die Narkose zu wagen ist oder nicht. Die intravenöse Infusion ist ein wirkungsvolles Mittel den tötlichen Collaps abzuwenden. Nach Bildung einer Hämatocele soll die Behandlung im allgemeinen eine konservative sein, da das Leiden an sich harmlos ist, ausgenommen sehr grosse Hämatocelen, welche nicht leicht spontan zur Resorption kommen, ferner solche, welche durch die therapeutischen Maassnahmen Schmerzen machen, und endlich vereiterte und verjauchte Hämatocelen. Die Operation besteht in der schichtweisen Elytrotomie, Ausspülung und Drainage des Sackes. Resorptionsmittel sind: Soolbäder, heisse Ausspülungen, eventuell kombinirt mit Jodoformglycerin- oder Ichtyolglycerintampons. A. Martin.

Kreitmayr, Inversio uteri puerperalis. Münch. med. Wochenschrift 1897, No. 34.

Es handelte sich um eine 22jährige Ipara. Die Geburt erfolgte nach 12stündigem Kreissen spontan. Die Wehen hatten zum Schluss etwas nachgelassen und es bestand mässiger Blutabgang. Die Nabelschnur war zweimal um den Hals geschlungen. Nach einer Viertelstunde Blutung. Die Hebamme kann den Uterus nicht finden. Während sie den Leib reibt, presst die Frau kräftig mit und es erscheint ein grosser Teil vor der Vulva. Die Hebamme hat weder an der Nabelschnur gezogen, noch den Credé'schen Griff gemacht. Der Arzt findet den Uterus völlig invertirt, die Placenta fast ganz gelöst. Die Reposition nach Lösung der Placenta gelingt in Bauchlage. Tamponade des Uterus und der Vagina. Analeptica. Infusion. Trotzdem erfolgt der Exitus.

Digitized by Google

Verf. führt die Inversion auf den Zug der umschlungenen Nabelschnur an dem atonischen Uterus zurück. Die Kraft der Bauchpresse hat dann das Organ bis vor die Vulva getrieben. Der Tod ist durch die Blutung und den Shock bedingt gewesen. P. Strassmann.

---

v. Engel, Bemerkungen über die Decapitation. Wien. med. Presse 1897, No. 43.

In 8 Fällen hat Verf. bei verschleppter Querlage den Braun'schen Haken und die Siebold'sche grosse Scheere derart kombinirt verwendet, dass der Haken nur zum Fixiren des Halses durch die Hebamme diente, während die Scheere allmählich den Hals durchschnitt.

Die Methode schützt das untere Uterussegment vor Zerrung, trennt den Hals glatt durch, so dass die mütterlichen Teile weder durch die gedeckten Instrumente, noch durch Knochenstümpfe verletzt werden und soll einfach auszuführen sein. P. Strassmann.

A. Fränkel, Tonographische Untersuchungen über Digitaliswirkung. Archiv f. experim. Pathol. u. Pharm. XL. S. 40.

Mit Hülfe des Hürthle'schen Tonographen (Gummimanometer) hat Verf. Messungen des Blutdruckes und der pulsatorischen Schwankungen in der Aorta von Katzen unter dem Einflusse verschiedener Gifte, besonders von Digitalispräparaten, vorgenommen. Nach den Arbeiten von Marey, Hürthle und Roy ist aus der Form der Curve ein Rückschluss erlaubt, ob es sich bei einer Steigerung des Druckes in der Arterie um eine Steigerung der Herzthätigkeit oder um eine Verengerung des Lumens des Gefässes handelt. Die bei Digitalis (es wurden Digitoxin und Erytropbläin von Merck geprüft) gefundenen Kurven zeigen ein anakrotes Pulsbild, bei welchem das Druckmaximum später als in der Norm erreicht wird. Die pulsatorische Schwankung wird bei steigendem Blutdruck absolut und relativ grösser. Es handelt sich hiernach um eine gesteigerte Herzthätigkeit. Das so bei Warmblütern gewonnene Resultat stimmt mit den bekannten Erscheinungen am Froschherzen überein. Für die Beurtheilung der genannten Digitalispräparate ist eine Tabelle des Verf.'s sehr interessant, welche eine bedeutende Herabsetzung der Pulszahl und eine erhebliche Steigerung des Blutdruckes nach Injektionen zeigt.

Chloralhydrat, mit dem Tonographen geprüft, ergab Gefässerschlaffung, Strychnin peripbere Gefässkontraktion. Nach Verf.'s Versuchen scheint der Tonograph ein sehr brauchbares Instrument für derartige Untersuchungen zu sein. Wendelstadt (Bonn).

Einsendungen für das Centralblatt werden an die Adresse des Hrn. Prof. Dr. M. Bernhardt (Berlin W., Französische Strasse 21) oder an die Verlagshandlung (Berlin NW., Unter den Linden 68) erbeten.

Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Druck von L. Schumacher in Berlin.

Sach-Register.

(Die stark gedruckten Zahlen bezeichnen Original-Mitteilungen.)

A.

Abkühlung 793.
Abscess, Hirn-A. s. Gehirn; Mandel-A. 71; subphren. A. 85; A. nach Gonorrhoe 158; peritrachealer A. 408; intermammärer A. 534; Leber-A. 598; subphrenischer A. 774.
Abwässer, Reinigung d. A. 123.
Accessorius, Anat. d. A. 907.
Acetonurie 299.
Achillessehne, Reflex d. A. 106; Ruptur d. A. 694.
Achillodynie 309.
Actinomykose 554.
Addison'sche Krankheit 11, 109, 447.
Adenoide Vegetationen 391.
Adenoider Habitus 365, 888.
Adenom s. Geschwülste.
Aderlass 252.
Aether, A.-Narkose 187, 485, 711.
Aethenschwefelsäure, A. im Harn 802.
Agglutination 21, 264, 313, 439, 541, 779.
Agraphie 845.
Akromegalie 444, 757, 868.
Airol 235, 369, 495.
Albuminurie 12, 377, 471, 564, 712, 899.
Albumosen, Resorbirbarkeit d. A. 356.
Albumosurie 339, 418, 772.
Alcaptonurie 307.
Alexie 845.
Alexin s. Serumtherapie.
Algen, Jod in A. 562.
Alibert'sche Dermatose 318.
Alkohol, A.-Neuritis 413; Erregung der Atmung durch A. 582; A.-Vergiftung 904.
Allochirie 374.
Alloxanthin 258.
Alloxur, A.-Körper 19; Alloxurie 20, 898; A.-Bestimm. 22, 483; A.-Ausscheidg. 83, 98, 562, 850.
Alopecia acuta 78.
Alopecie s. Haut.
Amidosäuren 642.
Ammoniak, A. im Magen 83; A. i. Blut 755.
Amputation, A. wegen Albuminurie 712.
Amylnitrit 297.
Analgen 905.
Anämie, perniciöse A. 36, 232; Formen d. A. 184; A. splenica 440; Sprachstörung bei A. 524; über A. 677; Rückenmark bei A. 702.
Anästhesie, Cocain-A. 138; lokale A. 618; A. nach Schleich 271, 558, 731.
Anchylostomum duodenale 172, 667, 822.
Aneurysma, A. d. Vertebralis 325; traumat. A. 566; Aorten-A. 571.
Angina 568; A. phlegmonosa 171.
Angiom, A.-Bildung 15.
Angiomyopathie 549.
Anilinfärber, Augenerkrankung der A. 454.
Antinervin, A.-Vergiftung 649.
Antipyrin, A.-Erythem 829.
Antitoxin s. Serumtherapie.
Anus s. Darm.
Aorta, Vereng. d. A. 35, 892; Thrombose d. Bauch-A. 317, 331; Aneurysma d. A. 571.
Apentawasser 819.
Aphasie 523, 635, 685, 845; s. a. Nervensystem.
Aphonie, A. b. Hysterie 735.
Apolysin 633.
Apsithyrie 41.

Arabinose 274.
Arbeit, A. des Körpers 709.
Argentamin 714.
Argon 611.
Armlähmung 843.
Arsen, Wirk. d. A. 95; Entzünd. d. A. 423; Melanose nach A. 463; Redukt. d. A.-Säure 464; Larynxerkrank. nach A. 549; A. bei Lichen 555.
Arterien, A.-Anomalie 145; s. a. Blutgefässe.
Arteriosklerose s. Blutgefässe.
Asthma bronchiale 523.
Athetose 142.
Atlas der klin. Med. 899.
Atmung, Chemie d. A. 21; Regulirung d. A. 178; Vagus und A. 211; Pathol. d. A. 378; Erreg. d. A. durch Alkohol 582; Physiol. d. A. 769; Asphyxie Neugeborener 891.
Atrophie, Berufs-A. 842.
Atropin, A.-Gruppe 504; A.-Vergiftung 697.
Auge, Sympathische Ophthalmie 29; Opticusatrophie 38; Augenmuskellähm. 39; Entzündung der Hornhaut 53; Pupillenweite 56, 92, 125, 204; Myopie 70, 872; Faltungstrüb. d. Hornhaut 86; Pupillarreflex bei Geisteskranken 92; vorübergehende Amblyopie nach Chokolade 107; puerperale Amaurose 138; Accommodation 151, 615; der akute Schwellungskatarrh 170; Sekretion des Kammerwassers 191; Veränderungen der inneren Augenhäute nach kleinen Verletzungen 191; Schauker der Conjunctiva 192, 352; Polyneuritis und Opticusentzündung 204; Retinitis proliferans 215; Retina bei perniciöser Anämie 233; Weissfärbung d. Netzhaut 246; Blennorrhoea neonatorum 255; Verwendbarkeit der X-Strahlen bei Blinden 262; Augenmuskellähm. 270; Neuritis optica 283; Glaucom 310; Ganglienzellen der Iris 342; Keimgehalt der Bindehaut 363; Doppelschen 363; Retinitis circinata 364; Oculomotoriuskern 379; Stauungspapille 380; Augenchirurgie 391; A. bei allg. Sepsis 407; Alkoholneuritis 413; Oculomotoriuslähm. 415; Augenmuskelstör. bei multipl. Sklerose 429; Augenerkrank. bei Akromegalie 444; Hornhauterkr. bei Anilinfärbern 454; Einfluss d. Sympathicus auf die Pupille 465; Verlust d. Linse 486; nucleäre A.-Muskellähm. 508; Papilloretinitis 518; Sehnervenkreuzung 525; A. nach Ligatur d. Gallenblase 537; Glaucom 537; Lokalisation i. Oculomotorius 551; Retinitis haemorrhagica mit Glaucom 568; eitrige Keratitis 586; Augenmuskellähm. b. Lues 618; Spindel- und Kapselstaar 647; Anophthalmie 669; neuroparalytische A.-Entzünd. 684; Schanker am Augenlid 703; Macula-Erkrank. durch d. elektr. Strom 792; Einwanderung von Zellen in tote Hornhäute 773; reflektorische Pupillenstarre 782; Retinitis albuminurica 808; Hemianopsie bei Urämie 812; Einfl. d. Anchylostomiasis auf d. A. 822; Naphthalinstaar 823; Keratitis 855; Kroll's Bilder f. Schielende 855; Erythropsie 855; Bau d. Ciliarnerven 887; Fibrom der Cornea bei Frühjahrskatarrh 887; Retinitis circinata 902.
Austern, Bacillen auf A. 696.

B.

Bacteriologie s. Mikroorganismen.
Balantideum coli 346.
Barbonenkrankheit 194.
Barlow'sche Krankheit 281, 780.
Basedow'sche Krankheit 268, 636, 585.
Bauch, subphrenischer Abscess 85, 774; penetrirende B.-Wunde 86, 630; Radicaloperation von Hernien 150, 168; Behdl. d. äusseren Hernien 155; Darmeinklemmung 121; Krebs d. B.-Organe 173; Bauchfelltuberculose 214, 639; Perforationsperitonitis 277; Thrombose d. B.-Aorta 331; B.-Binden 335; Bauchmuskellähm. 427; Tuberculose der Hernien 532; Nabelschnurhernie 557; Enteroptose 572; Proc. vermiformis im Bruchsack 590; gonorrhoische Peritonitis 603; Bauch-Schusswunden 630; Pankreashernie 634; eingeklemmte Zwerchfellhernie 645; Blasenverletzung bei B.-Schnitt 730; Chylusoyste des Mesenteriums 759; Casuistik d. Hernien 775; Tubargravidität bei Leistenhernie 864.
Bauchbinden 335.
Benzacetin 543.
Benzin, B.-Vergiftung 826.
Berufsatrophie 842.
Bilirubin 867.
Blattfarbstoff 117.
Blausäure, Wirk. d. B. 95.
Blei, B.-Kolik 237; B.-Lähmung 392; B.-Vergift. 624; Encephalopathia saturnina 700.
Blut, Leukämie s. Leukämie; Anämie s. Anämie; Bl.-Dichte 20; Abstamm. d.

Bl.-Körperchen 23, 513, 583, 818; Hyperleukocytose 58; Einfl. d. Höhenklimas 65, 146, 359, 470; Verdauungsleukocytose 100; Blatt- u. Blutfarbstoff 117; Hämoglobin-Bl. 133; Phagocytose 152; Einfluss des Alters auf das Blut 163; Blut neugeborener Thiere 164; über Blut-Gerinnung 152, 179, 274, 531, 532, 609, 674, 772, 861, 868, 899; Bl.-Alkalescenz 182; Chlorose s. Chlorose; Malariahämoglobinurie 243; Leukocyten 248; Aderlass 252; Fettgehalt d. Bl. beim Hungern 290; Leukocyten bei Pneumonie 307; Bl. bei Nitrobenzolvergiftung 323; Krasenlehre 355; elektive Färbung der Blutplättchen 387; Ferment d. Bl. 403; Antikörper s. Serum; Chlor u. Phosphor i. Bl. 434; Eisen im Bl. 514, 627; Chylusfett im Bl. 530; thermische Einflüsse auf d. Bl. 598; Argon i. Bl. 611; Bl. b. Schwangeren 626; Hämometer 639; Bl. bei Diabetes 644; Blutfarbstoff 675; Leukocytenzerfall 677; Ammoniak i. Bl. 755; Bl.-Reaktion 770; Bl. bei Sperrmin-Injektion 794; reducirende Stoffe im Bl. 849; Bakterien im Bl. 875.

Blutgefässe, Carotisblutung 9; Varicocele s. Varicocele; Aneurysma s. Aneurysma; Unterbindung s. Unterbindung; Verengerung von Arterien 35; aseptische Embolie 77; Anomalie der Art. obturatoria u. epigastrica inferior 145; transperitoneale Arterienunterbindung 186; Sinusthrombose 192; intravenöse Quecksilberinjektion 286; Aortenthrombose 317, 331; Arteriosklerose 430; Angioneurosen 445; Angiome d. Stimmbänder 474; Angiombildung 479; Störung der Cirkulation 707; Bl.-Gerinnsel 772; Lungenembolie 799; Photographien der Bl. 852; Phlebitis 841; Cirkulation im Gehirn 866.

Blutungen, lebensgefährliche 235.

Botriocephalus latus 346.

Botulismus 504.

Bright'sche Krankheit 879.

Brom, Br. bei Epilepsie 398.

Bromoform, Br.-Vergiftung 281; Br. bei Keuchhusten 346.

Bronchitis 92; s. a. Lunge.

Bronchitis, nasale 233.

Brot, Kalk-Br. 834.

Bruch s. Knochen etc.

Bubo, B. nach Gonorrhoe 526; Bacillen d. B. 575; Behandlung des B. 671, 846.

Bubonenpest 279.

Buckel, Operation d. Buckel 535.

Büffelseuche 194.

Buttersäurebacillus 147.

C.

Caissonarbeiter 616.

Calcaneus, Tuberk. d. C. 613.

Callusbildung 442.

Carbol, C.-Gangrän 518; C.-Vergiftung 197, 571.

Carcinom s. Geschwülste.

Carina tracheae 311.

Carniferrin 2.

Carotis, C.-Blutung 9.

Casein 147, 165. 674.

Castration, C. bei Prostatahypertrophie 188; hohe C. 677.

Catgut 194.

Centrosomen 1.

Chinaphthol 715.

Chininsalze 666.

Chinin, Wirkung des Ch. 80.

Chir. Klinik in Greifswald 565.

Chlor, C. im Blut 434.

Chlorcalcium 750.

Chloride, C. im Organismus 689.

Chloroform, C.-Narkose 187; C.-Nachwirkung 101.

Chlorose 204, 518.

Chokolade, Amblyopie nach Chokolade 107.

Cholera, Schutzimpfung 344; Ch.-Vibrio 153.

Cholesteatom 192.

Cholesterin 181, 725.

Chorea, Ch.-Psychose 348, 746; über Ch. 549.

Chrysoidin 153.

Chylus, Ch.-Fett im Blut 530.

Ciliarnerven, Bau der C. 887.

Citrophen 281.

Coagulirung 152 s. a. Gerinnung.

Cocain, C.-Anästhesie 138, 264.

Coffein 739, 904.

Coma, C. dyspeptic. 726; C. diabet. bei Diabetes 426.

Conductor sonorus 221.

Constipatio myogenita 556.

Convicin 258.

Coxa vara 517.

Cretin . . . s. Schilddrüse.

Cruralis, C.-Lähmung 476.

Cubitalis, C.-Lähmung 173.

Cyste s. Geschwülste.

Cystisin 812.

D.

Darm, Eisen im D. 3; Tannigen 60, 250, 716; Murphyknopf 26; Lues u. Tuberkulose des Mastd. 63; paralytischer D.-Saft 66; D.-Chirurgie 70, 363, 679, 730, 741; Glykosurie bei Darmeinklemmung 121; Hernien s. Bauch; Resorption im Dünnd. 163; D.-Parasiten 172, 346, 490, 522, 667; neoplasmen des Dünnd. 200; Resorptionsfähigkeit d. Dickd. 287; Sarkom des D. 310; schwere D.-Koliken 372; Dysenterie 392; Peptone im Dünnd. 401; Traubenzucker im Dünnd. 419; Myosarkom im D. 421; multiple D.-Steine 450; Einfl. d. Sympathicus auf d. D. 470; Anus praeternaturnlis 486; Fliegenlarven im D. 490; D.-Invagination 545; Enteroptose 572; Kottumoren 650; follikuläre D.-Entzündung 716; Dysenterie 762; Implantation der Ureteren in d. D. 808; D.-Invagination 827; Gastroenteritis 876; D.-Striktur 876.
Daturin, D.-Vergiftung 249.
Daumenplastik 679.
Delirium tremens 377.
Desinfektion, D. d. Säure 216; D. der Wohnräume 504, 738; Lehre von der D. 736.
Desoxycholsäure 625.
Diabetes, D. im Kindeselter 58; D. uud Arthritis 60; Gaswechsel im D. 119; D. mellit. 104, 236, 355; D. insipid. 282; Coma 299; Pentosurie bei D. 446; Poliomyelitis bei D. 548; elektr. Reaktion bei D. 573; Brand bei D. Lävulose 626; Rückenmark bei D. 622; Studien über D. 780; Xanthom 783; Behandlung d. D. 811.
Diamantschleifer, Berufsatrophie der D. 842.
Diazoreaktion 217.
Digitaliswirkung 912.
Digitin 841.
Digitoxin 37.
Diphtherie, Intubation bei D. 9; Serumbehandlung bei D. 32, 90, 249, 296; D.-serumvergiftung 199; D. in den Tropen 234; larvirte D. 313; Proteusinfektion bei D. 343; D.-Enquete 370; D. der Lippen 458; D.-Lähm. 477, 793; Neuritis nach D. 509; Diagnose des D.-Bacillus 171, 569; D.-Toxin 632; D.-Antitoxin 367, 648; D. im Munde 650; D.-Bacillen in Wunde 698; Scharlach-D. 826; D.-Uebertragung 903.
Distorsion s. Gelenk.
Diureticum, Harnstoff als D. 829.
Diuretin 394.
Doppelbrechung, D. d. Gewebe 18.
Duboisin, D.-Vergiftung 633.
Ductus thoracicus, Krebs des D. 324.
Durchfall, Tannigen bei D. 251.
Durchleuchtung, D. des Magens 266.
Dysenterie 392, 662.
Dyslexie 845.
Dyspepsie, Coma bei D. 426.

E.

Echinococcus, Localisation des E. 27.
Eclampsie 815.
Eisereme, Bacillus im E. 171.
Eisen, Resorption im E. 3; E.-Resorption 83; E. im Blut 515; Assimilation d. E. 832.
Eiweiss, neue E.-Körper 18; Constitut. des E. 134, 135; Fäulnis des E. 147; E. in pathol. Flüssigkeiten 183; E.-Zerfall 304; Halogen-E. 386; E. in d. Milch 581.
Elaeomyenchisis 253.
Elastin 834.
Elastische Fasern d. Gebärmutter 287.
Elektrizität, Wirkung des konstanten Stromes 124; E. in der Gynäkologie 158; E. bei traumat. Lähmung 300; Reizung d. Dorsalwurzel 301; Einfl. der E. auf d. Magen 395; galvan. Strom bei Bleikolik 237; elektrische Säge 455; elektr. Reaktion bei Diabet. 573; Wirkung starker Ströme auf Streptococcen 521; Kataphorese 648; Einfl. der Franklinisntion 634; Wirkung des galvan. Stromes 667; sinusoidaler Strom 717.
Ellbogengelenkbruch 646.
Elsner, E.'scher Nährboden 33.
Embolie, Luft-E. 823.
Embryologie 338.
Empyem, E. der Kieferhöhle 172; E.-Behandlung 459.
Encephalitis s. Gehirn.
Endocarditis s. Herz.
Entzündung 22, 884.
Enteroptose 572.
Enzym, E. d. Gerste 803.
Epicondylalgie 507.
Epidermisspiralen 204.
Epiglottis s. Kehlkopf.
Epilepsie, Brom bei E. 398; Urin bei

E. 430; Amnesie bei E. 549; Jackson'sche E. 782.
Erysipel 104, 247, 441, 862.
Erythromelalgie 301, 333, 893.
Erythropsie 855.
Eselsmilch 850.
Eucain 366, 600.
Eucasin 117, 681.
Euchinin 875.
Exanthem s. Haut oder Syphilis.

F.

Facialis, F.-Lähmung 173, 374, 427, 492, 829; F.-Erkrank. 364.
Fall, Taubheit nach F. 233.
Faserstoff, F.-Gerinnung 179.
Fäulnis, Eiweiss-F. 147.
Favus s. Haut.
Felsenbein, Injektion des Felsenbeins 262.
Ferment, Blut-F. 403; hydrolytisches F. 471; oxydirendes F. 531, 658; Gerinnungs-F. 531; diastatisches Ferm. 793.
Fermentationen 583, 610.
Ferratin 542.
Ferrometer 627.
Fett, F.-Bildung 148; F. im Fleisch 211; F.-Bestimmung 228, 597; F. im Blut 290; F.-Sklerom 690; F.-Klystiere 722.
Fettmilch 197; s. a. Mileb.
Fettsucht 819.
Fibrinoide Degeneration 22.
Fibrom s. Geschwülste.
Fieber, gelbes F. 761; Entstehung des F. 726.
Filixsäure 47.
Filmogen 110.
Fisch, F.-Vergiftung 329.
Flechten, Membranen d. F. 226.
Fleisch, Fett im F. 211; F.-Vergiftung 810; F.-Ersatzmittel 851.
Fleischextract 898.
Fleischl-Miescher'sches Hämometer 639.
Fliegenlarven, F. im Darm 490.
Follieulitis 334.
Formaldehyd 33, 504, 588.
Formalin 607, 738.
Formanilid 257.
Franklinisation s. Elektrizität.
Frauenmilch s. Milch.
Fremdkörper, verschluckte F. 694, 776; F. i. d. Luftwegen 824.
Fuss, F.-Gelenkdistorsion 261; Platt-F. 533.

G.

Gährströmlinge 433.
Galle, G.-Secretion 387; kindl. G. 544; über Bilirubin 867.
Gallenblase, Entzünd. d. G. 25; Chir. d. G. 28, 55, 276; Hydrops d. G. 219; Ligatur d. G. 537; Cholecystitis 646; Entzünd. d. G. 811.
Gallenfarbstoff, G. im Urin 563; G. im Licht 676.
Gallenstein 741.
Gangrän, Carbol-G. 518; G. b. Diabetes 585; symmetr. G. 669; Haut-G. 870.
Gärtner'sche Fettmilch 197.
Gas, G.-Wechsel 52; G. im Blut 210; G.-Volumetrie 804; giftiges G. 738; G.-Wechsel b. Diabetes 119.
Gaumensegel, Riss d. G. 695.
Gaumenspalte 87, 614.
Geburtshülfe, Extrauterinschwangerschaft 94, 127, 144, 207, 240, 592, 864, 880, 910; Sectio caesarea 528, 816, 830; Kochsalzinfus. bei Kindbettfieber 16; Couveuse 35; Entsteh. eines Emphysem d. Haut b. d. Geburt 47; Entwickelung einer schlecht liegenden Frucht 64; intrauterine Kindspflege 79; Chininwirk. 80; Totalexstirpation 112; Missed labour 112; Symphyseotomie 128; puerperale Amaurose 138; künstl. Frühgeburt 159; Schwangerschaft bei undurchbohrten Hymen 160; Myom u. Sterilität 207; Myom als Geburtshindernis 208, 384; Ovariotomie b. Schwangeren 223; Vaginale Cöliotomie 240; Plac. praevia 271; Entbindungshäuser 272; Blutung 287, 800; Lactation 288; Geburtsmechanismus 304; Ferripyrin 304; Perforation d. Uterus 304; Behdl. d. Puerperalfiebers 319; Hydreneephalocele 319; Bauchbinden 335; Kindsbewegungen 336; Uteruskrebs 336; Adnexerkrank. 352; Melaena 384; Kindsverletzungen 383; Instrumentarium 384; Dammincision 448; Untersuchung Kreissender 464, 656; Mastitis 474; Uterusruptur 480; Dammrisse 480; fötale Missbildung 496; Hämatom d. Vulva 496; Zwillingsgeburt 511; Uterus duplex, Vagina septa 511; Sphacelotoxin 512; Malignes Deciduom 527; Inversio uteri 528, 910; Nabelschnurhernie 557; Serumbehdl. d. Puerperalfiebers 558; Geburten nach Antefixatio 559; Bericht 560; Phonendoskop 576; Nachblut.

Digitized by Google

aus der Nabelschnur 607; Gewicht der Wöchnerinnen 608; Bleivergift. u. Conception 624; foetale Schädelformen 624; Myom u. Gravidität 720; Hyperemesis 751; Gazetamponade 753; Myositis nach Geburtsverletzung 766; Amputation des schwangeren Uterus 784; Frauenmilch 784; Hämoglobingehalt bei Schwangerschaft 626; Höhlenblutung 800; Schwangerschaftsautointoxikation 815; Eclampsie 815; Placentatumoren 831; Blasenmolen 863; Eclampsie 864; Behdl. d. sept. Peritonitis 864; Impetigo herpetiformis 847; Antiseptik 880; Decapitation 812; Behandl. d. Asphyxie 891; Osteomalacie 895.

Gehirn (Pathologie und Therapie, Anatomie und Physiologie des G. siehe Nervensystem): G.-Abscess 8, 247, 333, 538, 765; G.-Tumor 14, 283, 653, 782, 829; Encephalitis 60, 125; Methylenblau bei Kopfschmerzen 78; traumat. G.-Erkrank. 108; Allg. Paralyse 202, 341; Lues d. G. 220, 621, 699; Taubheit nach Fall auf das Hinterhaupt 233; hereditäre G.-Krankheiten 267; G.-Hämorrhagien 302; Meningitis 341, 315, 399, 621, 685, 746; Hirndruck 316; G.-Erschütterung 361; cerebrale Paresen b. Keuchhusten 377; multiple Sklerose 429; Arteriosklerose 430; nucleäre Augenmuskellähm. 508; Aphasie 538, 523, 635, 568; Sprachstörung 524; Meningocele 534; Sarkomatose d. weichen Hirnhäute 550; Coordinationsstörung 574; Rindenerkrankung 605; Spätapoplexie 636; cerebrale Kinderlähmung 651; congenitale Anophthalmie 669; Hydrocephalushehandlung 669; Encephalopathia saturnina 700; Herdsklerose 733; spastische Lähmung 766; cerebrale Hemiplegie 813; Embolie der Art. foss. Sylvii 813; Operation am Ggl. Gasseri 814; Obliteration der Torcula Herophili 841; Alexia subcorticalis 845; Wortblindheit 845; Cirkulation i. G. 866; Tumoren der hinteren Schädelgrube 907; seltene G.-Krankheit 908; CO-Vergiftung 909.

Gelanthum 110.

Gelbes Fieber 761.

Gelenk, G.-Körper 8; Arthritis uratica 60; Polyarthritis 215; Kniegelenkluxation 218; Fuss-G.-Distorsion 261; G.-Hydrops 373; Hüft-G.-Luxation 437; Coxitis 452; Tabes u. G.-Leiden 508; Coxa vara 517; Kniegelenkbruch 615; Bruch im Ellbogen-G. 646; Perimetrie d. Hand-G. 713; erkr. G. 733; G.-Rheumatismus 796; G.-Leiden b. Gonorrhoe 807; Tuberc. d. G. 837; Kniegelenkhydrops 820; chronischer G.-Rheumatismus 885.

Gerbsäure, Ausscheid. d. G. 658.

Gerinnung, Faserstoff-G. 179; Blut-G. s. Blut.

Gerste, Enzym d. G. 803.

Geschlechtsorgane, männl. G. 719.

Geschmack, G. b. Kindern 475; elektr. G. 547; G.-Nerven 684.

Geschwülste, G. d. Gehirns s. Gehirn; G. d. Auges s. Auge; G. d. Knochen s. Knochen; G. d. weibl. Genitalapparates s. Gynäkologie; G. des Rückenmarkes s. Rückenmark; G. d. Haut s. Haut; G. d. Kehlkopfes s. Kehlkopf; G. d. Magens s. Magen; G. d. Darms s. Darm; G. d. Leber s. Leber; G. d. Nase s. Nase; G. der Schilddrüse s. Schilddrüse; Acusticustumoren 87; melanotische G. 119; Lymphangiom 158; Aetiol. d. Krebs-G. 173; Lymphosarcomatose 185; Prostata-G. s. Prostata; Myxödem 119; Hydrops d. Gallenblase 219; Neurofibrom 221; G. d. Kiefer 357; Gelenkhydrops 373; Angioneurotisches Oedem 445; Hodensack-Teratom 564; Gumma s. Syphilis; Struma intrathoracica 661; tuberculöse Halsdrüsen 666; Blaues Oedem 668; Halsdrüsenschwellung 680; Porokeratosis 686; Nervenfasern in G. 692; Milz- G. s. Milz; Lymphocytose b. Sarkom 749; Multiples Myelom 755; Chyluscyste d. Mesenteriums 759; Xanthoma tuberosum 783; Tumoren d. Mamma 852; Euchodrom der Halswirbelsäule 855; Wirkung des Bacillus prodigiosus auf Tumoren 291, 663; Lungenkrebs 877; Ohr-G. 873; Serumtherapie d. G. 872; Muskel-G. 901.

Gesicht, G.-Schwitzen 173.

Gewebe, G.-Leben 404, 727.

Gewebsschwund 388.

Gewicht, G. der Wöchnerinnen 608.

Gicht 201, 734.

Giftwirkung 736.

Gliederstarre, Little'sche G. 78.

Glossopharyngeus, Anatomie d. G. 907.

Glucose, G. im Harn 19.

Glycerin, G.-Intoxikation 590.

Glycosurie 121, 355, 754.

Gonococcus 158, 255, 526, 688, 702, 807, 825.

Gonorrhoe 44, 175, 201, 158, 271, 317, 390, 454, 526, 591, 687, 688, 603, 702, 807, 813, 825.

Guajacetin 602.
Guajacol 264.
Guajacolchloroform 618.
Guajacolvasogen 328.
Guanin 833.
Gynäkologie, Extrauterinschwangerschaft s. Geburtshülfe; Ovariotomie 64, 128, 223, 320, 592, 704; Hämatocele 15, 45; Scheidenzerreissung 46; Beckencitierung 46, 223, 240, 607; Adnexentzündung 47; endovesikale Operationen 64; Dermoidcyste 64, 128, 581, 688; Tubenechinococcus 79; Meteorismus 80; Hämatometra 112; Myom 144, 207; Irrigation der Scheide 160; Elektrizität in der G. 160; Nervensystem und Frauenleiden 160; Totalexstirpation 112, 176; Uterus unicornis 185; Myom und Sterilität 208; Vaginofixation 240, 383, 400; Tuberkulose des Endometriums 256; Fibrom der Vulva 256; Alexanderoperation 259, 288; Schwitzapparat nach Dehio 272; Kohlensäure bei Blennorrhoe d. Vagina 287; Darminfusion 287; Wanderniere 288; Ferripyrin 304; Osteomalacie 320; Retroflexio 320; Bauchbinden 335; Uteruskrebs 336, 432, 895; Ichthyol 352; Hysterectomie 383; Prolaps der Uretra 383; Einfluss der Influenza auf den weibl. Organismus 700, 800; Fibrom 400; Nephrouretrectomie 416; Tubenkrebs 416; Vulvovaginitis 432; Metritis 432; Uteruskrebs 447, 655; Enterocele vaginalis 448; Ventrofixatio 448; Tod nach Laparotomie 463, 608; Uterusruptur 480; Uterusfibroid 465; Hämatom d. Vulva 496; Dermoidcyste 511; Endometritis 512; malignes Deciduom 527; Beckenexsudate 527; prolabirter Uterus 527; Constipatio myogenita 556; Vesicovaginallistel 558; Infiltrationsanästhesie 558; Pruritus vulvae 560; Peritonitis 639; Endometritis 639; Ganglion im Ovarium 656; Adnexoperation 204; Alexanderoperation 704; vaginale Radikaloperation 700; Blasenverletz. bei Bauchschnitt 730; Uterusprolaps 750; vaginale Hysterectomie 751; Uteruskrebs 751; Krebs der Portio 752; Ovarialhernie 752; Ovarialtaschen 768; kombinirte Untersuchung 799; Amputation d. schwangeren Uterus 784; Einfluss der Influenza 800; Beckenentzündung 816; Behandlung der Fibrome 830; Polypen d. Uterus 831; Ulcera rotunda vaginae 863; Kolpohyperplasia cystica 863.

H.

Haare, Schwefel i. H. 3; Jod in Haaren 817.
Halogeneiweiss 386.
Halscyste 836.
Halsdrüsen, tuberkulöse H. 666; Schwellung der H. 855.
Halsrippen 398.
Halswirbelsäule, Enchondrom d. H. 855.
Hämatomyelie 38.
Hämatoporphyrinurie 724, 805.
Hämochromogen 770.
Hämogallol 542.
Hämoglobin s. Blut.
Hämoglobinurie 243.
Hämometer 639.
Hämoptoe, Wetter und H. 489.
Hand, Ossification d. H. 600; Desinfektion d. H. 216.
Handgelenk, Perimetrie d. H. 713.
Hanf, indischer H. 810.
Harn, Diabetes s. Diabetes; Glukose im Harn 19; Albuminurie s. Albuminurie; Alloxurie 20, 898; Pepton im H. 49; Stickstoff im H. 118; Glykosurie 121; Tyrosin i. H. 166; Hämoglobinurie 243; Acetonurie 299; Alcaptonurie 307; Albumosurie 339; Hydrothionurie 340; Lävulosurie 356; Kalk im Harn 402; Albumosurie 418; H. bei Epilepsie 430; Pentosurie 446; Urobilinurie 452; Xanthin im H. 530; Gallenfarbstoffe im H. 563; fünftägige H.-Verhaltung 585; H.-Retention 634; Urometer 643; Urobilinurie 673; Urometrie 691; Milchsäure im H. 709; Hämatoporphyrinurie 724, 805; Albumosurie 772; Aetherschwefelsäure im H. 802; Inkontinenz 843; Alloxurie 850; Xanthin im H. 867.
Harnblase, Punktion der H. 28; Resorption in der H. 48; Cystitis 126; Pyelitis bei Gonorrhoe 390; Cystitis und Gonorrhoe 454; Tumoren d. H. 516; Steinschnitt 535; Resorption in d. H. 659; Verletzung der H. 730; Chir. der H. 871, 901; weibl. H. s. Gynäkologie.
Harnleiter, Dilatation d. H. 28; Chir. d. H. 695, 808.
Harnröhre, paraurethrale Gänge 591; Injektion d. d. H. 748; Ruptur der H. 885.
Harnsäure, Ausscheidung d. H. 659; gasvolumetrische Bestimmung der H. 804.

Harnstoff, Homolog d. H. 611; H. als Arzneimittel 681; H.-Bildung 771; H. als Diuretieum 859.
Hasenscharten 501.
Haut, Schwefel i. d. Hornsubstanz 3; Addison'sche Krankheit 11, 109, 497; Angiom d. H. 13; Erythema exsudativ. multiforme 15; toxische Exantheme 93; Alopecie 78; Stomatitis 79; Favus 94; Quecksilbereinverleibung durch die H. 109; seltene H.-Krankheit 110; Gelanthum, Filmogen 110; Nosophen 111; Hyperbidrosis 126; Purpura senilis 127; Urticaria 143; Quecksilberexanthem 143; Xeroderma pigmentosum 158; Lymphangiom 158; Alopecie 176; Epidermisspiralen 206; Psoriasis 206; Pemphigus acutus 238; Verhornung 239; Prodromal- u. sekundäre Exantheme 265; allgemeiner Ausbruch von Vaccinepusteln 286; Alopecie 286; Lupus s. Lupus; Pityriasis 303; Alibert'sche Dermatose 318; Follikulitis 334; Jodvasogen 335; Lepra s. Lepra; Xeroderma pigmentos. 382; Sklerodaktylie 382; Paraplaste u. Pflasterpapiere 399; Miliartuberkel d. H. 430; generalisirte Vaccine 431; Urticaria 445; Lymphendotheliom 445; Xanthoma diabeticum 446; Diphtherie d. H. 458; Melanosis u. Keratosis 463; Naevus linearis 478; Angiombildung 479; Airol 495; Permeabilität d. H. 495; Sklerodaktylie 526; H.-Actinomykose 554; Lichen ruber 555; Impetigo 556; Sykosis 356; Sanoform 589; Dermatomyome 606; Naevus pigmentosus 638; Jodolpflaster 638; Jodabsorption durch d. H. 654; Alopecie 655; Joderythem 672; Fettsklerem 690; Pocken- u. Windpocken 697; Xanthoma diabetic. 783; Quellsalzseifen 799; H.-Erkrank. b. Pseudoleukämie 814; lokalisirte Erytheme 829; infektiöse Purpura 521; Impetigo herpetiformis 847; Dermatitis hullosa 861; Pachydermie 862; Fliegenlarven i. d. H. 909.
Heftklammern 599.
Hernie s. Bauch.
Herpes s. Haut.
Herz, Endokarditis; Digitoxin b. Herz-Kranken 37; H.-Beschwerden bei Menarche 77; Nierenextraktwirk. auf d. H. 95; Massage b. H.-Leiden 141; Endokarditis 173, 201; systol. Herzgeräusche 219; Herzfehler b. Tabes 333; Beweg. d. H. 337; Hemmungsnerv. d. H. 354; H.-Fehler 361, nervöse H.-Leiden 396; Perikardialerguss 413; Pathol. d. H. 420; Theobromin 425; Stenose des Perikardium 472; H. b. Radfahren 489; Säugethier-H. 998; adhärentes Perikardium 507, 619; Insufficienz d. Aorta 651; Endokarditis 717, 742, 772; Endocardit. gonorrh. 813; Mitralstenose 857.
Heufieber 538; Highmorshöhle s. Kiefer.
Histidin-Chlorhydrat 242.
Hochgebirge 49, 65.
Hoden, H.-Entzündung 671.
Hodensack, Teratomie d. H. 564.
Höhenklima 49, 65, 359, 470.
Höhlenwunden, Behdl. d. H. 342.
Holzig 588.
Honig, giftiger H. 543.
Hüftgelenk, Lux. des H. 437; Coxitis 452; Coxa vara 517.
Hunger, Blut b. H. 290.
Hydrothionurie 340.
Hyperemesis gravidar. 751.
Hyperhidrosis 126.
Hyperleukocytose 58.
Hypophyse, Behdl. d. H. 803.
Hysterie 41, 363, 735.

I. J.

Icterus, Schildrüse b. I. 790.
Iliaca, Unterbind. d. I. 186.
Impetigo 847; s. auch Haut.
Incontinentia urinae 843.
Infektion, lokale I. 519.
Infektionskrankheiten, Entsteh. d. I. 737, 738, 793, 903; Blut nach I. 840.
Infiltrationsanästhesie 271, 558, 731.
Influenza, Otalgie b. I. 327; I.-Immunität 503; sporadische I. 589; Komplikat. d. I. 827.
Innominata, Ligatur d. I. 27.
Instrumentarium, geburtshilfl. I. 384.
Intubation 9.
Jod, J. i. Malachit 434; J. i. Algeo 562; J.-Resorption 654; J. i. Haareo 817; J. in der Schilddrüse 866.
Joderythem 672.
Jodkalium, J.-Therapie 222; Kehlkopfödem nach J. 503.
Jodolpflaster 638.
Jodoform, J.-Injektion 7.
Jodothyrin 183; s. a. Schilddrüse.
Jodvasogen 335.
Ischiadicus, Durchschneid. d. Ischiadicus 442.
Itrol 917.
Jugularis, Excision der Vena jugularis 57.

K.

Kaliumcyanid, K.-Vergift. 475.
Kalium hypermang. 218.
Kaliumquecksilberhyposulfit 239.
Kalk, K.-Ausscheidung 402.
Kalkbrot 834.
Karlsbader Wasser, Einfl. d. K. 289, 789.
Käse, Bacillus i. K. 171.
Kehlkopf, K.-Krebs 57, 873; Sklerom d. K. 58; Varicella d. K. 75; Anat. d. K. 103; Funktion d. K.-Muskeln 193; Inneres d. K. 269; K.-Stenose 327; Parachlorphenol 296; Perichondritis cricoidea 312; Misshild d. Epiplottis 278; Phenolum sulforicinicum 365; Bleilähm. d. K. 392; K.-Entzündung 428; K.-Papillom 423; Lues 440; Angiom d. Stimmbänder 474; K.-Krebs 486; K.-Stenose 487; Stimmbandataxie 492; Oedem d. K. 503; Falsettstimme 519; Herpes d. K. 544; Beschlagen d. K.-Spiegels 538; Kataphorese 648; Schwingungsform des Stimmbänder 664; Laryngocele 665; K.-Lähmungen 683; Laryngitis acuta 736; Prolapsus sinus Morgagni 809; Pulsionsdivertikel d. Trachea 903.
Keuchhusten. Bromoform b. K. 346; Paresen b. K. 377; Rückenmarkserkr. b. K. 443; Bakteriologie d. Keuchh. 890.
Kiefer, E. d. K. 172; Tumoren d. K. 357; K.-Prothese 712.
Kinder, Tuberkulose d. K. 7; Thyreoidinbehdl. 34; Couveuse 35; Diabetes b. K. 58; Sommerdiarrhoe 154; Blutalkalescenz b. K. 182; Diplegie 316; Kehlkopfstenose 327; Staphylococceninfektion 328; Tetanus 105; Eucasin 117; Barlow'sche Krankheit 281; Diabetes 282; Säuglingsstoffwechsel 682; Peritracheale Abscesse 408; Kehlkopflues 440; Lues 395; Geschmack bei K. 475; Pylorusstenose 489; Purpura 521; Nephritis neonat. 544; kindl. Galle 544; Sklerema neonat. 545; Hydrocephalus 669; Darmentzünd. d. K. 716, 876; Tetanie d. K. 763, 891; Entz. d. Gallenblase 811; Säuglingsohr 824; Mundreinigung 828; Muskelatrophie 877; Alkoholismus 904; Analgen 905.
Kleidung, Permeabilität d. K. 31; Reform d. K. 715.
Kleinkaliber 388.
Knie, K.-Gelenkshydrops 820; K.-Gelenkbruch 615; K.-Gelenkluxation 218.
Kniephänomen, gekreuztes K. 317.
Knochen, K.-Bruch b. Lues 44; Unterschenkelbruch 69; Schädeldefekt 102; K.-Tuberkulose s. Tuberkulose; K.-Carcinome 259; Wirbelcaries 315; K.-Resektion wegen Tumoren 362; Chemie d. K. 417; Osteomyelitis d. Scapula 438; Callusbildung 442; Osteomyelitis 502; Vorderarmbrüche 566; Tuberkulose d. Calcaneus 613; Condylenbrüche im Knie 615; Nekrotomie 615; Kugel im Wirbel eingeheilt 630; Oberschenkelbruch 645; Ellbogenbruch 646; Wirbelcaries 670; K.-Höhlen i. Femur 694; K.-Höhlen 732; Sarkom d. Kreuzbein 776; Rippenbruch 790; Osteomyelitis 806, 821; Tibia-Defekte 821; Behdl. d. Frakturen 838; Enchondrom d. Wirbelsäule 855; Schwefelsäure in d. K.-Asche 897; K.-Plastik 900; Osteom nach Schlag 901.
Knorpel, Hist. d. K. 1.
Kochsalzinfusion 642.
Kohlensäure, Verwend. d. K. 287.
Kohlenstoff, Bestimm. d. K. 723.
Kopfschmerz, K.-Behdl. 78.
Kottumor 650.
Krampfanfälle 203.
Krasenlehre 355.
Kreatininderivat 785.
Krebs s. Geschwülste.
Kreosot, K.-Vergift. 370.
Kreuzbein, Sarkom d. K. 776.
Kriegsaseptik 378.
Kroll's stereoskopische Bilder 855.
Kropf, K.-Behdl. 261; s. auch Schilddrüse.
Krüger-Wolff'sche Methode 22.
Kugel, K. i. Brustwirbel 630.
Kynurensäure 610, 657.

L.

Lactophenin 521.
Lähmung, Facialis-L. 173, 374, 492, 427, 829; Narkosen-L. 476; Landry'sche L. 477; Diphtherie.-L. 477, 793; traumat. L. 300; Recurrens-L. 379; Vagus-L. 13; Druck-L. 14; Radialis-L. 334; Blei-L. 392; Cubitalis-L. 173; Facialis-L. 173; Arm-L. 843; Entbindungs-L. 460; Zwerchfell-L. 523; toxische L. 682; Serratus-L. 573; Sympathicus-L. 909.
Lävulose 626.

Lävulosurie 356.
Leber, L.-Cirrhose 13, 68, 372, 435; L.-Chirurgie 54; Innervat. d. L. 481; Gerinn. d. L.-Blutes 532; akute L.-Atrophie 545; Sarkom d. L. 590; Abscess d. L. 598; Einfl. d. L. auf d. Gerinnung 675; Giftigkeit d. L. 676; L.-Atrophie 682; Lues d. Pfortader 720; Funkt. d. Leberzellen 836.
Lepra 63, 351, 622, 743.
Leptoprosopie 888.
Leucin 642.
Leucinimid 135.
Leukoderma 202.
Leukocytose 100, 307, 313.
Leukämie 19, 441. 677, 753, 777.
Leukonuklein 789.
Licht, Wirk. d. monochromat. L. 263; L. und Serumfarbe 675; Einfl. d. L. auf Gallenpigment 676.
Liebig's Fleischpepton 322.
Linse s. Auge.
Lippen, Diphth. d. L. 458; Drüsen d. L. 865.
Luft, verdünnte L. 146; Typhusübertrag. durch d. L. 542; L.-Infektion 695, 903.
Luftdruck 787.
Luftröhre, Resektion d. L. 215; Carina tracheae 311; L.-Entzündung 423; Ruptur d. L. 502; Stenose d. L. 522; Athemgeräusch d. L. 742; Divertikel der L. 903.
Lumbalpunktion 791.
Lunge, Bronchitis 92; Pneumothorax 106; Pleuritis 153; Krebs d. L. 228, 877; Pneumonie 307, 781, 857; nasale Bronchitis 733; Empyembehdl. 459; Pneumothorax 517; Guajacetin b. Phthise 602; Athemgeräusche 742; L.-Embolie 799.
Lupus, L.-Erythematodes 302; Guajakolvasogen b. L. 328; L. d. Schleimhäute 399; L. follicularis 478; L. erythematosus 525; L.-Behdl. 637, 703.
Luxation s. Gelenk.
Lymphangioma cysticum 158.
Lymphbildung 354.
Lymphendotheliom 445.
Lymphocytose 749.
Lymphosarkomatose 185.

M.

Macula s. Auge.
Magen, Bed. des Pepsins 59, 227; M.-Ausspülung mit Lapislösg. 76; Papain 105, 619; M.-Mykosen 135; Sekretion und Motilität des M. 140; Verhalten des Casein zur Pepsinsalzsäure 147; Gärtner'sche Fettmilch 197, 410; M.-Durchleuchtung 266, 282, 426; Chir. des M. 292, 473, 628, 712, 730, 758, 759; Physiologie des M. 314; M. bei Oesophaguskrebs 331; Einfl. d. Elektrizität auf den M. 395; Mundverdauung bei M.-Kranken 441; M.-Sekretion 451; Milch im M. 471; M.-Erweiterung 473; Pyolorusstenose 489; M.-Geschwür 506, 698, 712, 759; M.-Sonde 545; M.-Krebs 599; Sekretion d. Salzsäure 788; Phytobezoar im M. 859; Gastroenteritis 876; M.-Sarkom 905.
Malachit, Jod im M. 434.
Malaria, M.-Hämoglobinurie 243.
Mamma, Mastitis s. Mastitis; intermammärer Abscess 534; Tumoren d. M. 852.
Mandel, M.-Abscess 71; M. als Eingangspforten d. Tuberkulose 247; bösartige Erkrankungen d. M. 278; Tonsillitis und Meningitis 539; Tonsillitis 291, 632.
Masern, Serumtherapie bei M. 682.
Massage, M. bei Herzleiden 141; M. bei Frakturen 838.
Mastdarm s. Darm.
Mastitis 474.
Medianus, M.-Naht 397.
Med. Klinik in Heidelberg 591.
Megastoma entericum 346.
Melaena 384, 858.
Melancholie 739.
Melanie 882.
Melanose, M. d. Pericardiums 472.
Melanosis arsenioalis 463.
Membranen, Pig-M. 226.
Menarche 76.
Menière s. Ohr.
Meningitis s. Gehirn.
Meralgie 604.
Metallinstrumente, Sterilisation der M. 103.
Methylenblau, Kopfschmerz bei M. 78.
Methylenblaumethode 692, 843.
Mikroorganismen, Serumtherapie, Toxine, Antitoxin s. Serumtherapie; Leukocyten s. Leukocyten; Bakteriologie der Pyonephrose 11; Agglutination 21, 264, 439, 541; Tuberkulin s. Tuberkulin; Pneumoniebacillus Friedländer's 89; Favus 94; Erysipelstreptococcus 104; Smegma- und Tuberkelbacillen 139; Mischinfektion 140, 343; Immunitätsfrage 152; Bakterienfärbung 153, 343; Gonococcus 153, 255, 526, 688, 702, 807, 825; Choleravibrionen 153; Diphtheribacillus 171, 698; Bacillus im Eiscrême und Käse

171; Desinfektion s. Desiufektion; Unterscheidung zwischen Typhusbacillen und Bacterium coli 217; Mikroben i. Hernien 234; Psittacose 234; Erysipelimpfuugen 247; bakterieide Stoffe in Leukocyten 248; Wirkung des Lichtes auf M. 263, 368; postmortale bakteriologische Befunde 280; Bacillus prodigiosus 291, 663; Staphylococceninfektion 328; Typhusbacillus 217, 330; Mischinfektiou im Proteus 343; Alexin 343, s. a. Serumtherapie; Choleraimpfung 344; Keimung der Bakteriensporen 368; keimfreies Trinkwasser 424; Sterilisation unter Druck 424; Blut nach Streptococcenkrankheit 425; anaerobe Mikroben 439; Resorption der Bakterien 519; Wirkung hoher Ströme auf M. 521; Ausscheidung d. M. 540; Typhusübertrag. durch d. Luft 542; Bacillus d. Ulcus molle 575; Rachenschleimhaut als Eingangspforte für Infektionskeime 601; Einfluss der Streptococcentoxine auf den Kreislauf 617; Streptococcensepticämie 740; Behandlung d. Tuberkulose mit Streptococcenkulturen 806; Reaktionen von Filtraten von Bakterienkulturen 809; Zersetzung d. Elastins durch Anaeroben 834; Blut nach Infektionskrankheiten 840; Soor 841; Bakteriologie d. Keratitis 855; Aetiologie d. Pneumonie 857; bakteriolog. Nachschlagebuch 874; Bakterien im Blut 875.
Milch, Albumose-M. 30; Eiweiss in der Frauen-M. 582; Zersetzung d. M. 97; Erhitzen d. M. 195; M. u. Basedow'sche Krankheit 281; M.-Ersatz 345, 387, 410; Fett-M. 197; M. im Magen 471; Keimgehalt d. Frauen-M. 474; Nucleon in d. M. 514; M. nach Fütterung mit befallenem Klee 602; M.-Infektion 632; Frauen-M. 784; Maassanalysen d. Frauen-M. 708; Esels-M. 850; M.-Gerinnung 881.
Milchdrüse, Physiol. d. M. 163.
Milchsäure, M. im Magen 33; M. im Harn 709.
Milchzucker, Wirkung d. M. 81.
Miliartuberkulose s. Tuberkulose.
Milz, Wanderm. 120, 136; M. bei Tuberkulose 124; Anaemia splenica 440; rote Blutkörperchen in d. M. 513; M.-Extrakt 570; Funktion d. M. 583; Chir. d. M. 661; M.-Exstirpation 737; M.-Tumor 740; M.-Studien 764.
Mineralöl 633.
Mitralis, Stenose d. M. 857.
Morphinchlorid 475.
Morphin, Wirk. d. M. 788.
Morton'sche Krankheit 142.
Mumps 138, 649.
Mund, Erythem i. M. 15; Stomatitis 79; M.-Verdauung 440; Diphtherie d. M. 650; Diphtheriebacillen i. M. 698; M.-Reinigung 828.
Murphyknopf 26, 758.
Muskel, M.-Kraft 52; M.-Dystrophie 108; M.-Gumma 175; progress. M.-Atrophie 242, 270, 349, 877, 879; M.-Tetanus 442; Gesichtsschwund 492; M.-Arbeit 627; Formveränderung an den M. 643; Polymyositis 652; Quadricepsruptur 693; M.-Schwund 766; Myositis progressiva 766; Leistung d. glatten M. 722; M.-Atrophie 819; neurotische M.-Atrophie 861; M.-Geschwülste 901.
Mutterkorn, Bestandteile d. M. 512.
Myiasis dermatosa 909.
Myom s. Geschwülste.
Myopie s. Auge.
Myxödem 183, 198.

N.

Nachschlagebuch, bakteriolog. N. 874.
Naevus 638; N. linearis 478.
Nährboden s. Mikroorganismen.
Nahrungsaufnahme, Methode d. N. 500.
Naphthalin, N.-Staar 823.
Narkose, Zufälle b. d. N. 187; Statistik 309; N.-Lähmung 476; Aether-N. 485, 711; N. in der Kriegschirurgie 886.
Nase, Rhinitis fibrinosa 87; Rhinoscopia media 122; N.-Chirurgie 152; Ozaena 263, 569; nasale Bronchitis 233; Eucain 366; Ozaena 391; Rhinoplastik 406; Autoskopie 438; Entzündung d. N.-Scheidewand 455; Unregelmässigk. d. N.-Scheidewand 455; Missbild. d. N. 539; N.-Rachenpolypen 587; Tumoren d. N. 601; Operat. i. Nasenrachenraum 616; Schleimpolypen d. N. 648; Elephantiasis d. N. 714; N.-Polypen 734; adenoide Vegetat. 735, 840; Ozaena 778; Syphilis d. N. 847; Rhinitis foetida 889.
Natriumchlorat 576.
Nebennieren, Hist. d. N. 84; N.-Extrakt 95; Physiol. d. N. 149.
Negerdarm, Fauna d. N. 667.
Nekrotomie 615.
Nephrektomie s. Nieren.
Nervensystem, Anatomie, Centrosomen in Ganglienzellen 1; Innervat. d. Zahnbeins 161; Conductor sonorus

221; Histol. des Rückenmarkes 225; Kehlkopfinnervat. 269; Ganglienzellen d. Iris 342; Innervat. d. Leber 481; Bau der sympath. Knoten 497; Sehnervenkreuzung 525; Bau d. Ganglienzellen 604; Innervation d. Dura 654; Ganglion im Ovarium 656; Methylenblaumethode 843; Anat. d. Glossopharyngeus 907; Bau d. Ciliarnerven 887.

Physiologie, Pupillenweite 56; Bed. der Ganglienzellen bei Regeneration verletzter Nerven 113, 129; Pupillarreflex 205; Vagus u. Atmung 211; elektr. Reiz. d. Dorsalwurzel 301; Hemmungsnerven des Herzens 354; Oculomotoriuskern 379; Phonationscentrum 380; Bed. d. Hypophyse 403; Einfluss des Sympathicus auf die kontralaterale Pupille 465; Einfl. des Sympathicus auf den Darm 470; Geschmack bei Kindern 475; Zungennerven 492; Neuronenlehre 524; elektr. Geschmack 547; Thränensekretion d. Nerv. petros. superficialis 548; Oculomotoriuslokalisation 550; motor. Bahnen im Pons 551; Erreg. der Atmungscentra durch Weingeist 582; Akkomodat. 615; Sympathicusdurchschneidung 627; Innervation d. Geschmacks 684; Lokalisation d. Hirnrinde 743; centrale Durchschneidung 869.

Pathologie und Therapie (Gehirn s. Gehirn, Rückenmark s. Rückenmark); Accessoriuslähmung 13; Trigeminuslähmung 39; Recurrenslähm. 30, 379, 857; polyneuritische Psychosen 41; hysterische Stummheit 41; Polyneuritis 61, 685, 747, 828; Lepra s. Lepra; Pupille b. Psychosen 92; Dislokation der Ulnaris 93; Tetanus s. Tetanus; Achillesschnenreflex 106; Analgesie d. Ulnaris 106; Pathol. d. Sprache 106; Nervensystem b. Morb. Addisonii 107; traumat. Lähm. 124; willkürliche Erweiterung d. Pupille 125; Morton'sche Krankheit 142; Athetose 142; Nervenchirurgie 156, 397, 584; Ulnarislähm. 173; Facialislähm. 173, 374. 427, 492, 829; progr. Paralyse s. Gehirn; Krampfanfälle 203; Trigeminusresektion 231; Elaeomyenchisis 253; multiple Neuritis 253; Herpes zoster 285, 427; Alopecia neurotica 285; peripher. traumatische Lähmung 300; Erythromelalgie 301, 333, 893; Diplegie 316; gekreuztes Kniephänomen 317; Raynaud'sche Krankheit 332, 669; Aphasie 333, Radialislähmung 334; neuropathol. Kasuistik 347; Doppelsehen 363; Facialis-Acusticus-Trigeminus-Erkrank. 364; Allochirie 374; Spiegelschrift 375; Spanopnoe u. Tachypnoe 373; nervöse Herzleiden 396; Resektion d. hint. Wurzeln bei Armneuralgie 413; Alkoholneuritis 412; Ischiadicusdurchschneidung u. Callusbildung 442; multiple Neuritis 443; Akromegalie 444, 868; angioneur. Oedem 445; Geburtslähmungen 460, 843; Cruralislähm. 476; Landry'sche Lähm. 477; Diphtherielähm. 477, 795; Torti collis 491; Suspension b. Nervenkrankheiten 491; Witterungsneurosen 493; Epicondylalgie 507; Benzacetin 543; retrograde Amnesie 549; Angiomyopathie 549; idiopathischer Zungenkrampf 552; Coordinationsstörung 554; Meralgia paraesthetica 604; Paralysis agitans 620; Aphasie 635; Wirk. d. galvan. Stromes auf d. Hautnerven 667; Oedème bleu 668; Kehlkopflähm. 683; Nervenfasern in Tumoren 692; Neuritis 717; interstitielle Neuritis 718; Akromegalie 757; Tic douloureux 781, 798; Sensibilitäts-Störungen 797; Gesichtsschmerz 812; Operation am Ggl. Gasseri 814; Berufsneurose d. Diamantschneider 842; Armlähm. 843; Incontinentia urinae 843; Alexia subcorticalis 845; Wortblindheit 845; neurot. Muskelatrophie 861; Polyneuritis senilis 893; Wirkung der CO-Vergiftung 909.

Neuritis s. Nervensystem.

Nieren, Pyonephrose 11; Albuminurie 12; Nebennieren i. d. N. 84; Histol. d. N.-Tumoren 166; Einzelnieren 185; N.-Verletzungen 213; Nephrolithiasis 260; Wanderniere 288; N.-Hypertrophie 346; N.-Infarct 358; N. b. Lues 380; Wanderniere 405; N.-Zerreissung 405; N.-Exstirpation 416, 421; Theobromin 425; Nephritis neonat. 544; Chir. d. N. 585; Hirnchirurgie 646; Fettniere 660; Ohr- u. N.-Leiden 663; N.-Chirurgie 695; N.-Steine 757; N.-Blutung 764; Retinitis albuminurica 808; Bright'sche Krankheit 879; chronische Nephritis 906.

Nitrobenzol, N.-Vergift. 323.

Nosophen 111, 410.

Nuclein 241, 596.

Nucleon 499, 514.

Oxysantonin 482.
Ozaena s. Nase.

O.

Oberarm, O.-Exartikulation 334; Chirurgie 900.
Oberlippe, Sycosis d. O. 556.
Oberschenkel, O.-Bruch 645; Knochenhöhlen im O. 694.
Oculomotorius, O.-Kern 379.
Oedem, Angioneurotisches O. 445; blaues O. 668.
Ohr, Hirnabscess 8, 121, 518; Carotisblutung bei Nekrose des Mittelohrs 9; Schwerhörigkeit 29; Ohrmuscheldefekt 29; otitische Pyaemie 57, 277, 278, 647; Acusticustumoren 87; Mittelohrerkrankung bei Diphtherie 102; Cholesteatom 121, 192; Mumpstaubheit 138; Labyrinthnekrose 152; Menière'scher Symptomenkomplex 170; Sinusthrombose s. Gehirn; Sklerose der Paukenschleimhaut 193; Taubheit n. Fall auf den Kopf 233; Punktion der Membran des runden Fensters 247; Injektionsmethode d. Felsenbeins 262; Entfernung des Steighügels 295; Thyreoidinbehandlung 311; Pseudodiphtherie d. O. 326; Otalgie b. Influenza 327; Trommelfellperforation 343; Erkrankung des Acusticus, Facialis und Trigeminus 364; Otitis media 102, 215, 391, 518, 887; Atresie d. Gehörgangs 486; Sarkome des Mittelohrs 538; Mittelohrtuberkulose 586; Luftdruckerkrankung 616; Ostitis des Warzenfortsatzes 631; Ohrleiden bei Bright'scher Krankheit 663; Aphasie bei Taubstummheit 686; Porokeratosis 686; Gicht und Ohrleiden 734; Histologie und Pathologie von Ambos und Hammer 760; Taubheit u. Lues 777; Ohrleiden bei Leukämie 777; Cholesteatome bei Ohrpolypen 792; Luftembolie des Sinus transversus 823; Mittelohr des Säuglings 824; einseitige Taubheit 856; O.-Tumoren 873; Schwerhörigkeit bei Tabes 902; Trauma des Proc. mastoideus 902.
Operationskurse 479.
Organtherapie 95, 564, 570.
Orthopädie, O. b. Tabes 631.
Ossification, O. d. Haut 600.
Osteom, chronische O. 647; O. nach Schlag 901.
Osteomalacie 471, 709, 895.
Osteomyelitis, Frühoperation b. O. 806; O. femoris 821; s. a. Knochen.
Oxydationskraft der Gewebe 258.
Oxyproteinsäure 577, 705.

P.

Pankreas, P.-Chirurgie 244; Physiologie d. P. 321; P.-Hernie 634; P.-Nekrose 699.
Papain 105, 619.
Paraffin 633.
Paranucleine 20, 241.
Paraplaste 399.
Parotitis s. Mumps.
Pellotin 458, 649.
Pemphigus 238; s. a. Haut.
Pentosurie 446.
Pepton, P. i. Harn 49; Resorpt. des P. 401; P.-Immunität 801.
Pepsin, Verhalten des P. 59; P.-Verdauung 227.
Pericarditis s. Herz.
Perimetrie, P. des Handgel. 713.
Pest s. Bubonenpest.
Petroleum, P.-Vergiftung 505.
Pflaster, P.-Papiere 399.
Pfortader, Lues der P. 720.
Phagocytose 152.
Pharynx, Pulsat. Gefässe im Ph. 171; Lues d. Ph. 847.
Phenolum sulfo-ricinicum 365.
Phenylglyceriu 561.
Phenylhydrazin 450.
Phlebitis 841.
Phonendoskop 576.
Phosphor, P.-Vergiftung 52; Wirkung d. P. 95; P. im Blut 434.
Phosphorescenz 641.
Phytobezoar, P. im Magen 858.
Pilocarpin, Angioneurot. Oedem nach P. 445.
Pilze, Membranen d. P. 226.
Pistolenkugel, P. im Gehirn 190.
Pityriasis rosea 303.
Plattfuss 533.
Pleura, Physiol. u. Pathol. der P. 756; Krebs der P. 835.
Pleuritis, Sinus-P. 491; nicht-eitrige P. 547; s. a. Lunge.
Pneumonie s. Lunge.
Pneumothorax 106, 517.
Pocken, P.-Impfung 12; s. a. Variola.
Polyarthritis rheumatica 215.
Polyneuritis s. Nervensystem.
Porokeratosis 686.
Pott'sche Krankheit 535, 567.
Prostata, Hypertrophie d. P. 188, 728, 854; Entzünd. d. P. 158; Gumma d. P. 606; P.-Steine 729.

Prostitution, Sterblichkeit u. P. 495.
Proteïnstoffe 209.
Proteus, P.-Infektion 343.
Prothese, Kiefer-P. 712.
Protogen 322, 484.
Pruritus s. Haut.
Pseudoxantbom 318.
Pseudoleukämie 814.
Psittacose 87, 234.
Psoriasis 206.
Psycbose, polyneuritische P. 41; Pupillen bei Ps. 92; Beckenerkrank. b. Frauen und Ps. 174; allgem. Paralyse 202; Stoffwechsel b. Ps. 210; Ps. und Tetanie 237; Dementia paralytica 341; Chorea u. Ps. 348; Ps. u. Menstruation 550; Querulantenwahn 637; Melancholie 739; Ps. b. Chorea 746.
Purpura 521.
Purpura senilis 127.
Pulsus paradoxus 546.
Pyämiefrage 647; s. a. an and. Orten.
Pycamidon 890.
Pylorus s. Magen.
Pyonephrose 11.

Q.

Quadricepsruptur 693.
Queeksilber, Q.-Exanthem 143; Q.-Behdl. 415, Q.-Vergift. 828.
Quecksilberinjektion 286.
Quecksilberparaffin 799.
Quecksilbersalben 109.
Quecksilbersublimatlösung 104.
Quellsalzseifen 799.
Querulantenwahnsinn 637.

R.

Rachen, R.-Schleimhaut als Eingangspforte 601; Lues d. R. 847; Puls. Gefässe im R. 171.
Radfahren, Cubitallähm. d. R. 173; Ueber R. 489.
Radialis, R.-Lähmung 334; R.-Naht 397.
Radioskopie 546.
Railway-spine s. Rückenmark.
Raupenhaare 836.
Raynaud'sche Krankheit 332.
Recurrens, R.-Lähmung 30, 379.
Reflex, Sehnen-R. 106.
Reptilien, Blutgerinnung b. R. 899.
Resektion s. Knochen, Gelenke etc.
Resorption, R. im Darm 163.
Revolver, der deutsche Armee-R. 325.
Rhinoplastik 406.
Rippen, Hals-R. 398; R.-Bruch 790.
Röntgenstrahlen 176, 230, 262, 473, 510, 600, 638, 759, 761, 852.
Rotz, R.-Contagium 409.
Rückenmark (nur Pathol. und Therapie; Anatomie und Physiologie s. Nervensystem), Drucklähmung d. R. 14, 221, 397; Echinococc. d. R. 27; Hämatomyelie 39, 414, 462, 746; Railway spine 40; Tabes 38, 40, 42, 125, 333, 443, 492, 508, 604, 605, 781, 782, 844; Querschnittmyelitis 61; Einwirk. d. Embolieen auf d. R. 77; Athetose 142; Bulbärparalyse 156, 591, 701; Lues d. R. 220, 284, 428, 621, 699; Tumor d. R. 221, 300, 347; Syringomyelie 237, 743, 860; Nephrolithiasis nach R.-Verletzung 260; hereditäre R.-Krankheiten 267; Neuritis optica und Myelitis acuta 283; Wirbelcaries 315; R. b. Thromb. d. Bauchaorta 317; gekreuztes Kniephänomen 317; Raynaud'sche Krankheit 332, 669; R.-Veränderung nach Oberarmexartikulation 334; Resektion der hinteren Wurzeln b. Armneuralgie 413; Multiple Sklerose 429, 509, 553, 699; Arteriosklerose 430; R.-Erkrank. bei Keuchhusten 443; akute Myelitis 508; Poliomyelitis anterior 523, 548; Tuberkulose d. R. 525; Reflexe b. R.-Kompression 551; Kompressionsmyelitis 552; Paralysis agitans 620; R. b. Diabetes 622; Spinalparalyse 746; Lumbalpunktion 791; R.-Degenerationen 798.

S.

Säge, elektr. S. 455.
Salicylsäure 729.
Salophen 319.
Salpetrige Säure, Vergift. mit s. 123.
Salzsäure, S. i. Magen 788.
Samenblase, Physiol. d. S. 24.
Sänger, Einfl. d. Franklinisation auf die Stimme 634.
Sanoform 589.
Santonin 482.
Sarkom s. Geschwülste.
Sauerstoff, Bed. d. S. 449.
Säure, Bestimm. d. freien S. 593.
Schädel, S.-Defekt 102.
Schanker, weicher S. 45, 575; phagedänischer S. 287.
Scharlach 154, 826.
Schielen, Behdl. d. S. 855.

Schilddrüse, Physiol. d. S. 5; Thyreoidin-Behdl. 34, 73; Jodothyrin 183; Myxödem 183, 198; S.-Follikel 226; Kropfbehdl. 261; Jodothyrin 303; Thyrojodin 311; S.-Therapie 340, 355, 360; Cretinismus 403; Adenome d. S. 438; Einfl. d. S.-Substanz 581; Chir. d. S. 585; Glykosurie 754; Thyrojodin 763; S. b. Icterus 790; Strumabehdl. 793; Bed. d. S. 803; wirks. Bestandteile d. S. 848; Jod i. d. S. 866.
Schläfenbein s. Ohr.
Schlafmittel, Pellotin als S. 458, 649.
Schlangengift 153.
Schleich'sche Anästhesie 271, 558, 731.
Schleim, Chemie d. S. 273.
Schulterblatt, Osteomyelitis d. S. 438.
Schussverletzung, S. mit dem Armee-Revolver 325.
Schusswunde, Bauch-S. 630.
Schwarze Zunge 122.
Schwefel, S. in Haaren 8.
Schwefelsäure, S. in d. Knochenasche 897.
Schwerkraft, S. u. Cirkulation 707.
Scopolin 48.
Sekretion, innere S. 710.
Seelenblindheit 845.
Sehnen, S.-Reflexe 61.
Seifen, Quellsalz-S. 799.
Sepsis, allg. S. 407.
Septicämie 740.
Serratus, S.-Lähm. 573.
Serumtherapie und Serodiagnostik 10, 16, 32, 88, 90, 249, 279, 291, 296, 312, 343, 366, 393, 409, 438, 488, 505, 558, 569, 617, 648, 682, 714, 778, 809, 825, 840, 864, 872, 900.
Silber. S. als Antisepticum 484.
Sinuspleuritis 491.
Sklerema, S. d. Neugeb. 545.
Sklerodactylie 382, 526.
Sklerom, S. d. Kehlkopfes 58.
Skoliose 535.
Smegma, S.-Bacillen 139.
Somatose 830.
Sommerdiarrhoe 154.
Sonnenstrahlen, Einfl. d. S. 368.
Soor 841.
Spanopnoe 378.
Speichel, Ammoniak i. S. 88; Eigenschaften d. S. 531.
Speicheldrüsen 132.
Speiseröhre, S.-Schnitt 85; Oesophagoskopie 298, 546, 871; Krebs d. S. 331; Chir. d. S. 776.
Spermin 794.
Sphacelotoxin 512.
Spiegelschrift 375.
Spondylitis 552, 584.
Sprache, Pathol. d. Sprache 108, 142; S. b. Anämie 524.
Staphylococcus s. Mikroorganismen.
Stärke, S.-Zusatz zum Futter 19.
Steigbügel s. Ohr.
Steinschnitt s. Harnblase.
Sterblichkeit, S. d. Prostitution 494.
Steriform 588.
Sterilisation 103, 424.
Sterilität, S. der Hornhautentzündung 671.
Sthetographie 373.
Stickstoff, S.-Gleichgewicht 99; S. in Keimpflanzen 181; S.-Ausscheidung 385.
Stimmbänder s. Kehlkopf.
Stirnhöhle, S.-Eiterung d. 247.
Stomat s. Mund.
Strassenstaub 368.
Streptococcus, S.-Infekt. 425.
Struma accessoria d. Zungenbasis 599.
Struma interthoracica 661.
Struma s. Schilddrüse.
Stummheit, Hysterische S. 41.
Stützapparat, S. bei Tabes 631.
Sublimat, S.-Injektion 575.
Sulfonal, S.-Vergiftung 739.
Sulpho-Test 564.
Suspension, S.-Behdl. 491.
Sycosis, Urs. d. S. 556.
Sympaticus, Einfl. d. S. a. d. Pupille 465; Einfl. d. S. auf den Darm 470; Anat. d. S. 497; Durchschneidung d. Hals-S. 627; Anat. d. S. 656; Lähm. d. S. 908.
Syphilis, S. des Gehirns 220, 621, 699; S. des Rückenmarks 220, 284, 428, 621, 699; S. d. Kehlkopfes 191, 263, 440; extragenitale Infektion 192, 255, 352, 623, 703; zur Behandlung der S. 109, 143, 205, 222, 239, 286, 352, 415, 495, 575; 638, 687, 799, 830, 847, 910; S.-Exantheme 43, 265; Knochen-S. 44, 111; Leber-S. 44, 68, 720; Nieren bei S. 44, 380; S. des Mastdarms 63; S. hereditaria 78, 270, 494, 526, 777, 895; S. der Wirbelsäule 111; amyloide Degeneration 126; Muskelgumma 175; Leucoderma syphiliticum 222; Subcutanes Gumma 381; Gelenkerkrankung bei S. 395; S. u. Tabes 443; S. maligna 446, 553; Gumma der Prostata 606; Blutveränderänderung durch S. 611; Multiples Ulcus dur. 655; S. d. Lymphgefässe 719; S. insontium 767; S. in Nase, Rachen, Ohr, Auge 847; tertiäre Sklerose 879.
Syringomyelie 237; s. Rückenmark.

Digitized by Google

T.

Tabes 40, 42, 125, 333, 443, 492, 508, 604, 605, 631, 781, 844.
Tachypnoe 578.
Taenia murina 522.
Taenia nana 522.
Tannalbin 658.
Tannigen 60. 250, 658, 716.
Taubheit s. Ohr.
Temperatur, Steig. d. T. 726; T.-Studien 780.
Tetanie 201, 257; recidivirende T. 573; T. d. Kinder 763, 891; Befund b. T. 797.
Tetanus, T.-Antitoxin 88; T. i. Kindesalter 105; Muskel-T. 492; Kenntnis d. T. 553; Serumtherapie b. T. 714, 825.
Theobromin 425.
Therm. Wirkung auf d. Blut 598.
Thrombosin 609.
Thymin 271.
Thymus, Sklerose d. Th. 395.
Thymusdrüse 275.
Thyreo— s. Schilddrüse.
Tibia, Defecte d. T. 821.
Tic douloureux 781, 798, 812.
Tonsillen s. Mandel.
Tortieollis 491.
Toxin, T.-Studium 366, 367; Wirk. d. T. 617; s. auch Serumtherapie.
Trachea s. Luftröhre.
Tracheotomie 9.
Traubenzucker, T. im Dünndarm 419.
Tricuspidalis, Insuff. d. T. 842.
Trigeminus, Affekt. d. T. 39; Neuralgie d. T. 71, T.-Resektion 231; T.-Erkrankung 364.
Trinkwasser, Beurteil. d. T. 195.
Tropfenqueeksilberpumpe 210.
Tuberkulin 71, 196.
Tuberkulinpräparate 455, 889.
Tuberkulose, T. der Kinder 7; Serumtherapie 10; T. d. Kehlkopfes 58; T. des Mastdarms 63; T. des Calcaneus 102; T. und Pleuritis 153; Milz bei tuberk. Kindern 124; T. des Bauchfells 214; Eingang der T. durch die Tonsillen 247; T. des Zahnfleisches 298; T. im Rückenmark 525; T. der Hernien 532; Verbreitung d. T. 540; tub. Halsdrüsen 666; Krebs und T. 805; Chir. d. T. 806; T. der Gelenke 837; Miliar-T. 851.
Typhus, Agglutination bei T. 21, 264, 779; Cholecystitis bei T. 25; Mischinfekt. m. T. 140; Diazoreaktion 217; Bacillus Eberth 330; Toxin d. T. 366; Serumdiagnostik 393; Lähm. bei T. 415; T.-Diagnostik 488, 505; Uebertrag. des T. durch die Luft 542; Stoffwechsel bei T. 725.
Tyrosin, T. im Harn 166.

U.

Ulnaris, Dislokat. des Nerv. u. 93; Anästhesie d. U. 106.
Unterbindung, U. d. Inominata 27; U. der Iliaca 186; temporäre U. 406.
Unterricht, medizinischer U. 479.
Unterschenkel, Bruch d. U. 69.
Urämie 812.
Uratdiathese 38.
Urobilin, Bild. des U. 500.
Urobilinurie 452, 673.
Urometer 643, 691.
Urospectrin 290.
Urotropin 89.
Urticaria 143.

V.

Vaccine, V.-Pusteln 286; generalisirte V. 431; über V. 601.
Vagus, V.-Lähmung 13; V. u. Atmung 211; Anatomie des V. 908.
Varicella, V. des Kehlkopfes 75.
Varicocele, Behandlung d. V. 27.
Variola 12, 601, 697.
Vaselin 633.
Verbrennungstod 67, 435, 436.
Verdauung, V.-Enzyme 4; V.-Leukocytose 100; Pepsin-V. 227.
Vergiftung, Phosphor-V. 52; V. mit salpetriger Säure 133; Carbolsäure-V. 197, 571; Serum-V. 199; Phosphor-V. 218; Daturin-V. 249; Bromoform-V. 281; Nitrobenzol-V. 323; Fisch-V. 329; Kreosot-V. 370; Kaliumcyanid-V. 475; Petroleum-V. 506; Glycerin-V. 590; Blei-V. 624; Duboisin-V. 633; Antinervin-V. 649; V. durch Austern 696; Atropin-V. 697; Sulfonal-V. 739; Fleisch-V. 810; Benzin-V. 826; Quecksilber-V. 828.
Verhornung 239.
Vertebralis, Aneurysma d. V. 324.
Vertigo s. meist Ohr.
Vicin 258.
Vorderarmbrüche 566.

W.

Wandermilz 120, 136.
Wandereier 288, 405.
Wanderzellen, primäre W. 23.
Wasser, Trink-W. 424, 642.
Wirbel, Kugel im Brust-W. 630; W.-Caries 670.
Wirbelsäule, Lues d. W. 111; Chir. d. W. 535, 552; Skoliose 536; Pott'sche Krankheit 567; Bruch d. W. 663; Enchondrom d. W. 855.
Wismuth, W.-Behdl. 475, 506.
Witterung, W. u. Hämoptoe 480; W.-Neurosen 493.
Wortblindheit 845.
Wundbehandlung 665; Heftklammern f. W. 599.

X.

Xanthin 530, 833, 867.
Xeroderma 158, 382.

Z.

Zähne, Bau d. Z. 417.
Zahnbein, Inneres d. Z. 161.
Zahnfleisch, Tuberkulose des Z. 298; Diphth. d. Z. 458; Hypertrophie des Z. 680; Schanker am Z. 910.
Zahnplatte, verschluckte Z. 776.
Zelle, Chemismus d. Z. 539; Z.-Einschlüsse 831.
Zellkern 82.
Zink, Bed. d. Z. 487.
Zucker, Z.-Abspaltung 819; Trauben-Z. im Darm 419.
Zunge, schwarze Z. 122; Hemiatrophie d. Z. 332; Nerven d. Z 492; Z.-Krampf 552; Struma d. Z.-Basis 599; Glossitis 825.
Zwerchfell, Lähm. d. Z. 523; Hernie im Z. 645.

Namen-Register.

(Die stark gedruckten Zahlen bezeichnen Original-Mitteilungen.)

A.

Abbe, Ohrnekrose 9.
Abel, Kaiserschnitt 528.
Abelous, J. E., Reduc. Substanz 564.
Abelsdorf, G., Ophthalmie 29.
Abzheimer, Paralyse 202.
Achard, Agglutinirung 439.
Adamkiewicz, Tabes 284.
Adler, H., Typhus 725.
Adolphi, H., Komb. Untersuch. 799.
Ahlenstiel, W., Lebergeschwülste 598.
Ahlfeld, Untersuch. Kreissender 464; Untersuchung 656.
Abmann, G., Gonorrhoe 687.
Ajello, G., Verbrennungstod 435.
Albers-Schönberg, H., Uteruskrebs 895; Extrauterinschwangerschaft 910.
Alberti, Hernie 168.
Albu, A., Aderlass 252; Serum 900.
Alelekoff, A., Blaues Oedem 668.
Allard, F., Muskeltetanus 442.
Allina, Pankreas 699.
Alt, Mumpstaubheit 138; Luftdruck 616.
Alt, R., Durchfall 609.
Ammann, E., Retinitis 902.
Anderson, W., Hernie 168.
Andogsky, N., Iris 342.
André, G., Arabinose 274.
Andry, Ch., Lupus 399.
Angerer, Nervenextraktion 584.
Angerer, O., Thyroidin 73.
Antenrieth, W., Jod i. Malachit 434.
Antichievich, Glycerin-Intoxikation 590.
Anton, Tumor d. Acusticus 87; Atresie des Gehörganges 486.
Anton, G., Muskelschwund 766.
Apfelstedt, Darmriss 480.
Apostoli, G., d'Arsonval'scher Strom 717.
Aquila, Gonorrhoe 175.
Argutinsky, P., Histolog. d. Rückenmarks 225.
Arnheim, A., Sandform 589.
Aron, E., Pleuritis 267.
Aronson, Formalin 738.
d'Arcy Power, Hydrocephalus 669.
Aschoff, C., Bäderkuren 750.
Askanazy, S., Diuretin 394.
d'Astros, L., Hydrocephalin 571.
Attarasin, J., Blutgerinnung 274.
Auerbach, Diphtherie 249.
Aufrecht, Trachealstenose 522; Leberatrophie 545; Atemgeräusch 274.
Axenfeld, Th., Keratitis 855.

B.

Babes, V., Myosarkom d. Darms 421.
Babinski, M. J., Sehnenreflex 106.
Bach, L., Keime der Bindehaut 363; Keratitis 586; Staar 647.
Bachus, G., Tannigen 251.
Baer, Th., Lues 222.
Baéra, Ch. E., Aneurysma 566.
Baginsky, A., Galle 544.
Bailey, P., Tabes 38, 333; Rückenmarkstumor 300.
Balke, P., Carniferrin 2.
Ballaud, J., Bleivergiftung 624.
Balzer, F., Schanker 287.
Bang, J., Leukonuclein 789.
Bar, P., Symphyseotomie 128.
v. Baracz, R., Darmchirurgie 70.
Bard, L., Kompress. d. Markes 397.

Bardach, L., Quellsalzseifen 799; Milchgerinnung 881.
Bardenheuer, Knochenplastik 900.
Barling, Hirnabscess 538.
Barnard, H., Cirkulation 707.
Barnick, Trommelfellöffnung 734.
Basch, R., Casein 165.
Baudouin, M., Leberchirurgie 28.
Bauer, M., Histidin 242.
Baumann, E., Jodothyriu 305.
Baurowicz, Kehlkopfkrebs 57.
Bayer, C., Colostomie 486.
Beach, F., Halscaries 670.
Beates, H., Digitin 841.
v. Bechterew, Erweit. d. Pupille 125.
v. Bechterew, W., Lues 220.
Beck, Licht u. Bakterien 263.
Beck, M., Quecksilberexanthem 143.
Beck, G., Hymen imperforat. 160.
Becker, Thyroidin 73.
Beckmann, W., Vagina septa 511.
Beco, L., Stomatitis 650.
Behrend, N., Blut 182.
Behreud, M., Pemphigus 238.
Behrend, E. B., Typhus 725.
Behrendsen, X-Strahlen 600.
Behring, Tetanus 88; Antitoxin 296.
Bell, W., Aortenthrombose 331.
Bell, R., Ichthyol 352.
Bell, J. L., Nierensteine 585.
Belugon, Leber 42.
Benario, Citrophen 281.
Benda, Th., Hämatomyelie 462.
Benda, C., Krebs d. Pleura 835.
Bendix, B., Stoffwechsel 682.
Benedict, A. L., Radfahren 489.
Bennett, W. H., Gastrectasie 473.
Benoit, F., Paralysen 39.
Benoit, M., Tubencyste 79.
Benson, A., Acromegalie 444.
Benzler, Orchitis 671.
Bérard, L., Ovarialcyste 688.
Beresowsky, S., Hernie 150.
Bergeat, Lupus 328.
Berger, E., Hysterie 41.
Berggrün, E., Frauenmilch 582, 708, 784.
v. Bergmann, E., Kugeln im Gehirn 190.
v. Bergmann, A., Hernie 645.
Bergonit, J., Tic douloureux 812.
Bericht, B. über Antitoxine 32.
Berliner, C., Based. Krankh. 286.
Berndt, F., Based. Krankh. 585.
Bernhard, L., Exantheme 265.
Bernhardt, M., Dystroph. musc. 108; Rückenmarkserkrank. b. Keuchhusten 443; Gesichtsmuskelschwund 792; Pachydermie 862.
Bernheim, J., Septicämie 740.
Bernheimer, J., Opticuskreuzung 525.
Bernheimer, S., Lokalisation 551.
Bernstein, A. N., Chorea 746.
Berthelot, Arabinose 274.
Berthier, A., Malaria 243.
Bertrand, Dysenterie 762.
Bertrand, L. E., Acromegalie 444.
Besold, G., Hirntumor 683.
Bettmann, S., Harnstoff als Diureticum 858.
Beuttner, O., Künstl. Frühgeb. 159; Gazetamponade 752; Ulcera rotunda vaginae 863.
Bezold, Einseitige Taubheit 856.
Biedert, Rahmgemenge 410.
Biedl, A., Physiol. d. Nerven 869.
Binet, M., Gaswechsel 21.
Binz, C., Arsensäure 464.
Biondi, C., Fermentationen 610.
Bischoff, E., Sehnenreflexe 61.
Blachsteiu, Chrysoidin 153.
Blanc, Hernien 233.
Bloch, E., X-Strahlen 262; Trommelfell 343.
Bloch, Fr., Lues 623.
Bloebaum, F., Lues 847.
Blum, J., neue Eiweisskörper 18.
Blum, F., Protogen 322; Heterogeneiweiss 386.
Blumenfeld, Diphtherie 249.
Blumenthal, F., Milchzersetzung 97; Tetanus 553; Diphtherie 632; Zucker 819; Antitoxin 840.
Blumreich, Milzexstirpation 737.
Bock, E., X-Strahlen 262.
Le Boeuf, Dermoidcysten 64.
Bogdanow, E., Fleischfett 211.
Bogomolow, Th., Pepton im Harn 49.
Bohne J., Chloride 689.
Boud, C. J., Splenectomie 136.
Bondi, M., Anämie 232.
Bondzynski, St., Cholesterin 181; Oxyproteinsäure 577.
Bonhoff, Rotz 409.
Bonne, Ch., Nervenerkrank. 908.
Bonnier, P., Bright'sche Krankheit 879.
Borchard, Hernie 775.
Bordier, H., Nervenphysiologie 667.
Bornsteiu, R., Fleischersatz 851.
Bose, Blutegelextract 58; Immunität 152; Hernieu 233; Urin bei Epilepsie 430.
Botey, Vertigo 247.
Bottazzi, Entwicklung des Embryo 338.
Bottini, E., Ischurie bei Hypertrophie 854.
Bouchard, Ch., Radioskopie 546.

Bourceau, Albuminurie 899.
Bourneville, Hirnsklerose 635.
Bourot, Butter 52.
Boursier, A., Enterocele vaginalis 448.
Bouteillier, Emphysem 47.
de Bovis, R., Pneumothorax 517.
Bödeker, J., Augenmuskellähmungen 508.
Böhm, Filixsäure 47.
Börger, Bromoformvergift. 281.
Bramwell, B., Lebersarkom 590; Leberabscess 598; Atlas 899.
Brandenburg, R., Casein 674.
Brasch, M., Syringomyelie 743.
Brauen, L., Addison'sche Krankh. 109.
Brault, J., Sarkom 310.
Braun, H., Lumbalpunktion 791.
Bregmann, L. E., Diplegiafacialis 492; Endocardit 813.
Bremer, L., Diabetes 644.
Brian, Elephantiasis 714.
Brieger, Lepra 351, Fleischvergift. 810.
Brieger, O., Mittelohreiterung 887.
Broca, M., Prolaps. d. Urethra 383.
Brosch, A., Austernvergift. 329; Darmstriktur 876.
Brose, P., Peritonitis 603.
Browicz, T., Leberzellen 836.
Brown, S., Aphonie 735.
Browning, W., Hauterscheinungen 110.
Bruck, Fr., Ozaena 263.
Bruns, P., Kropf 360.
Bruns, H., Agglutination 541.
Brunton, L., Endocarditis 717.
Brühl, Felsenbeinpräparat 262; Thyreoidin 311.
Buccelli, N., Meralgie 604.
Buchner, H., Chemie der Zelle 539.
Buck, Gicht 734.
de Buck, Tannigen 60.
Buday, R., Lues 44.
Budberg-Boeninghausen, R., Darmchirurgie 678.
Bukovsky, J., Bubo 671.
Bullius, G., Endometritis 639.
Bunch, Fremdk. i. Luftweg. 824.
Bunzel, R., electr. Geschmack 547.
Buol, F., Meningitis 315.
Burckhardt, G., Dilat. d. Ureteren 28.
Burger, Uterusruptur 480.
Burger, E., Mundverdauung 441.
Burián, R., Nuclein 596.
Burcell, H. R., Unterbindung 27.
Busch, Ch., Sarkomatose 550.
Busquet, Mumps 649.
Busse, O., Meningitis 399; Gewebsleben 727.
Bussenius, Perichondritis 312.
Buttersack, suhphren. Abscess 85.
Büdinger, R., Gehirnerschütterung 361.

C.

Cagney, J., Neuritis 253; Innerv. der Stimmb. 269.
Camero, G., Cystitis 454.
Campos, M., Thränensekretion 548.
Camus, L., Serumfarbe 675; Gallenpigment 676.
Capaldi, A., Kynurensäure 610, 657.
de Chapeaurouge, A., Narkose 711.
Cassedebat, P. A., Angina 568.
Cassirer, R., Bulbärerkrankung 156; Lues6 21, 694; Muskelatrophie 861.
Cavallo, J., Blutgerinnung 274.
Championnière, L., Frakturbehandl. 838.
Chantemesse, Toxin 366.
Charcot, J. B., Muskelatroph. 349.
Charrier, Blutgerinnung 313.
Chase, W. B., Uterusfibroid 495.
Chauffard, M. A., Sklerodermie 332.
Chauveau, A., Statische Arbeit 627.
Chiari, Angiom d. Stimmbänder 474.
Chipault, A., Neuralgie 413.
Chotzen, F., Extrauterinschwangersch. 207.
Chvostek, Bakteriologie 280.
Chvostek, F., Albumosurie 339.
Cittadini, Darmverschluss 751.
Claoué, R., Ohrleiden 735.
Clarke, J. J., Darmanastomose 363.
Claude, H. M., Purpura 521.
Clifton, J. E., Eclampsie 815.
Cloëz, Ch., Cholesterin 725.
Coë, H. C., Kaiserschnitt 830.
Cohen, H., Gallensteine 741.
Cohen-Kysper, Ohrleiden 29.
Cohen-Tervaert, Ohrtumor 839.
Cohn, Ad., Eucasin 681.
Cohnstein, W., Chylus 530; Milzextrakt 570.
Coley, W. B., Toxine 291.
Colleville, Guajacolchloroform 618.
Collins, J., Hirntumor 14.
Colombini, P., Pentosurie 446; Gonorrhoe 688.
Comby, M. J., Vulvovaginitis 432.
Compaired, Ozaena 569.
Cornil, V., Endocarditis 772.
Corning, J. L., Elaeomyenchisis 253.
Coromilas, Chiuin 80.
van Cott, J. M., Endometritis 512.
Cotton, Ausscheidung der Bakterien 540.
de Coulon, W., Cretinism. 403.
Courmont, Typhus 779.
Courtade, Einfl. des Sympathicus auf d. Darm 470.

Cramer, C., Thrombosin 609.
Cramer, R., Abscess 774.
Crämer, F., Magengeschwür 506.
Credé, Silber 484.
Cripps, H., Ovarialcysten 320.
Crzellitzer, A., Accommodation 151.
Cullen, Th. S., Tuberkulose 256.
Czaplewski, Keuchhusten 890.
Czermak, W., Glaukom 310.
Czerny, Prostatahypertrophie 188; Carbolgangrän 518.
v. Czylaez, Divertikel d. Trachea 903.

D.

Dalebé, P., Scheidenirrigator 160.
Damsch, O., Physiol. d. Herzens 337.
Dana, L., Tic douloureux 798.
Darier, X-Strahlen 262.
Darier, J., Pseudoxanthom 318.
Dastre, A., Blutgerinnung 531; Bilirubin 867.
David, R., Schilddrüse 340.
Deguy, Neuritis 717.
Dehio, R., Erythromelalgie 301.
Dejerine, J., Syringomyelie 237; Muskelatrophie 349; Neuritis 718; Degeneration 798; Tabes 844.
Dekeyser, A., Uteruskrebs 751.
Delbet, P., Adnexabtragung 704,
Delezenne, Blutegelextrakt 58; Immunität 152; Organextrakte 675; Coagulation 868; Blutgerinnung 899.
Delitzin, S., Arterienanomalie 145.
Delius, Influenza 503.
Denig, R., Weissfärbung der Netzhaut 246.
Denver, J. H., Hernie 168.
Dereum, F. X., Railway-spine 40; Syringomyelie 860.
Descazals, Papageienseuche 87.
Destot, Cubitalislähmung 173.
Deucher, P., Protogen 484; Fett-Resorption 722.
Deycke, G., Lues 879.
Diekinson, L., Herzerweiterung 507.
Dieballa, G., Anämie 36; Papilloretinitis 204; Sarkom 749.
Dietrich, Pocken 697.
Dieulafoy, Typhusbacill. 21.
Diller, Th., Landry'sche Lähmung 477.
Dinkler, M., Traumat. Hirnerkrankg. 108.
Dirmoser, E., Hyperemesis 751.
v. Dittel, Punktion d. Blase 28; Hernie 150.
v. Dittel, L., Elast. Fasern d. Uterus 287.
Dobisch, Halsdrüsen 680.
Dobrowsky, A., Thyreoidin 34.
Dolganoff, W., Ligatur d. Gallenblase 537.
Donald, A., Cöliotomie 240.
Donalies, Hammer u. Ambos 760.
Donath, J., Schilddrüse 5.
Donogány, Z., Hämochromogen 770.
Dor, L., Ovarialcyste 688.
Doran, A., Ovariotomie 592.
Dormeyer, C., Fettbernie 228.
Douglas, C. E., Herpes 285.
Downie, Taubheit 777.
Dreysel, M., Lues 222; Lieben 555.
Drinkwater, H., Herpes 285.
Dubois, L., Wirk. farad. Ströme 521.
Dumont, F., Oesophagotomie 85.
Dunean, W., Beckenentzünd. 816.
Dunin, Th., Pneumonie 659.
Duplant, F., Kompress. des Markes 397.
Duplay, J., Tuberkulose 102.
Duplay, S., Osteomyelitis 647.
Durante, Thymus 395.
v. During, E., Lues 526.
Dühring, F., S. im Harn 3.
Dührssen, Uteruskrebs 655.
Dürck, H., Infektiou der Frucht 140; Pneumonie 857.
van Duyse, X-Strahlen 262.
Dzierzgowski, Antitoxin 647.

E.

v. Ebner, Leimsubstanzen 18.
Ebstein, W., Diabetes 60; Einzelniere 185; Typhus 415.
Edwards, G., Folliculitis 632.
Eger, M., Muskelgumma 175.
Egger, F., Klima 639.
Ehrlich, Antitoxin 312.
Ehrlich, R., Nitrobenzol 323.
Ehrmann, S., Nosophen 111; periurethr. Abscess 158; Joderythem 672; Erythem 829.
Eichel, Schussverletzung 325.
Eichholz, Beckenexsudate 527.
Eichhorn, G., Diabetes 282.
Eichhorst, H., Pleuritis 153; Herpes 427.
Einhorn, M., Magensekretion 140.
v. Eiselsberg, A., Schädeldefekt 102; Darmchirurgie 730; Tibiaplastik 820.
Eisenlohr, C., Athetose 142.
Ekstein, E., Instrumentarium 384.

Digitized by Google

Ellinger, A., Gerinnung 801.
Elschnig, A., Stauungspapille 380.
Emmerling, O., Buttersäure 147; Eiweissfäulnis 147.
v. Engel, Influenza 400; Decapitation 912.
Engel, G., Influenza 800.
Engelmann, Tetanus 825.
Epifanow, G., Spermin 794.
Epstein, F., Gastrodiaphanie 426.
Erb, W., Lues und Tabes 443.
Ermengem, Botulismus 504.
Eschle, Jod in Algen 562.
Escombe, F., Pilzmembranen 226.
Eshner, A. A., Muskelatrophie 349.
Eskridge, J. T., Hirnblutung 302.
Etienne, G., Polyneuritis 828.
Eulenburg, A., Casuistik 347.
Eulenstein, Pyämie 57, 647.
Ewart, W., Pericarditis 413; Gastrectasie 473.

F.

Fabricius, J., Hernie 150; Uterusfibrom 176.
Fahry, J., Lupus 703.
Fahrenbach, E., Hasenscharten 501.
Faisans, Kreosotvergift. 370.
Farnsteiner, E., Pepton im Darme 401.
Fetting, H., Statistik 272.
Fein, Gaumenspalte 87; Eucaïn 600.
Féré, Ch., Epilepsie 398; Epicondylalgie 507; Hemiplegie 813.
Fessler, Th., Darmkolik 372.
Feulard, H., Alopecie 78.
Fick, W., Magenresektion 732.
Fiedeldij, Muudreinigung 828.
Fieux, G., Enthindungslähm. 461.
Filehne, W., Pyramidon 890.
Finder, Nasengeschwülste 601.
Finger, E., Lupus 478; Gonococcus 702.
Finkelstein, H., Pylorusstenose 489; Darmentzünd. 716.
Finotti, E., Tuberkulose 613.
Fisch, R., Daturinvergift. 249.
Fischel, Krebs d. Portio 752.
Fischer, Bauchwandbruch 168.
Fischer, H. M., Myxödem 198.
Fischer, E., Erythromelalgie 333.
Fischer, G., Allochirie 374.
Fischl, Abkühlung 793.
Flatau, E., Hämatomyelie 462; Neuronenlehre 524.
Flatow, Bleilähm. 392.
Flatow, R., Xanthinblasen 867.
Flesch, M., Hautdiphtherie 458.
Floresco, N., Blutgerinnung 531; Bilirubin 867.
Flügge, Luftinfektion 695.
Flexner, S., Diphtherie 458.
Foedert, Resekt. d. Trachea 215; Enchondrom 855.
Folet, Extrauterinschwangerschaft 127.
de Fourgeray, H., Ohrkrebs 839.
Fournier, Psittacose 234.
Fournier, A., Little'sche Gliederstarre 78.
François-Frank, Innervat. d. Leber 481.
Franke, E., Augenchirurgie 391.
Frankel, S., Thyroidin 73.
Fränkel, A., Aneurysma 571; Polyneuritis 747; Influenza 827; Digitalis 912.
Fränkel, E., Widal's Serumreaktion 393; Darmstriktur 679.
Fränkel, S., Eiweiss 306; Verbrennungstod 436.
Freeland, B., Geburtsakt 304.
Frenkel, H., Pupillenreakt. 92.
Freund, L., X-Strahlen 510; Naevus 638.
Friedenberg, P., Glaucom 537.
Friedländer, R., peripher. Lähmung 124.
Friedrich, Elast. Fasern im Kehlkopf 103; Tabes 902.
Friedrich, E. P., Pachydermie 862.
Fritsch, H., Laparotomie 463, 608.
Fronz, E., Tetanus 105.
Fuchs, R., Lues 703.
Funke, R., Nierentumor 646.
Fürstner, Hysterie 203; Spondylitis 552.
Fürth, Diphtherie 370.

G.

Galewsky, E., Naevus 478.
Garnier, L., Salzinjektion 642.
Garrod, A. E., Hämatoporphyrin 805.
Gärtner, G., Milch 410.
Gattel, F., Motorische Bahnen 551.
Gebert, E., Lues 255.
v. Gebhardt, F., Stoffwechsel 500.
Geigel, R., Herzfehler 842.
Geissler, Bauchschusswunden 630.
Gelpke, Th., Schwellungskatarrh 170.
Gerber, Tuberkulin 889.
Gerhardt, Anästhesie 731.
Gerhardt, C., Rückenmarkstumor 347; Pulsus paradoxus 546.
German, E., Typhus 542.

Germano, Diphtherie 903.
Gernsheim, Fr., Traumat. Lähm. 300.
Gersuny, R., Kottumor 650.
Gessler, H., Muskelatrophie 270.
Geyer, Xanthom 783.
Giannone, A., Analgesie d. Cubitalis 106.
Gibson, W. M., Endocarditis 173.
Gilbert, Psittacose 234; Stethographie 373.
Gilchrist, J. C., X-Strahlen 510.
Gilchrist, T. C., Porokeratosis 686.
Gilfort, H., Ventrofixation 448.
Glaevecke, Impetigo 847.
Glogner, Neuritis 253.
Glück, Lues 194.
Gluzrski, L. A., Schilddrüse 581.
Godson, Chr., Antiseptik 880.
Goebel, C., Hernie 590.
Goh, R., Retinitis septica 407.
Goldberg, B., Gonorrhoe 271.
Goldmann, E., Jodothyrin 305.
Goldscheider, A., Hämatomyelio 462; multipl. Skleroso 558.
Goldschmidt, H., Resorption in der Harnblase 48.
Goldschmidt, E., Elektris. d. Magens 395.
Goldstein, G., Radialislähm. 334.
Goldzieher, W., Retinitis 364.
Gombault, A., Aphasie 635.
Göppert, Mittelohr 824.
Göppert, F., Lymphosarkom 185.
Gottlich, R., Schilddrüse 73; Nierenextrakt 95; Oxyproteinsäure 577.
Gottschalk, Placentartumor 831.
Gottschalk, S., Rotroflexio 320.
Gottstein, Tuberkulose 347.
Gottstein, A., Serumvorgiftung 199; Diphtherio 570.
Gouguenheim, Abscesse der Nasenscheidewand 455.
Goure, Adenoido Vegetat. 588.
Grabower, Kehlkopfinnervation 683.
Grabower, H., Tabes 605.
Graf, Xeroderma 382; Kehlkopfkrebs 873.
Graff, H., Murphyknopf 26; verschluckte Fremdkörper 694.
Granier, Franklinisation 634.
Grasset, Scharlach 154.
Grasset, J., Aphasie 685.
Grawitz, Tiergewebe 404.
Grawitz, E., Drucklähmung 14; Poliomyelitis 523; Pleura 756.
Grawitz, P., Keratitis 53.
Grimm, F., Lues 205.
Grebner, F., Leber 631.
Grethe, Bakteriensporen 368.
Grether, Abwässer 123.
Grimbort, Nährboden 33.
Grosglik, S., Lues 606.
Groto, G., Papain 619.
Grunert, Ohrchirurgie 295.
Grünwald, Angina 171.
Grusdew, Antefixatio 559.
Gübelein, Harnblase 659.
Gudden, A., Alkoholneuritis 413.
Guermouprez, Hysterectomie 112.
Guildi, C., Soor 841.
Guillemot, J., Entbindungslähm. 460.
Guinard, Toxino 367; Uteruskrebs 447.
Guinard, A., Aneurysma 821.
Guirand, Typhus 890.
Gumpertz, R., Narkosenlähm. 476.
Gumprecht, Leukämie 19, 677.
Günzburg, A., Enteroptose 572.
Guranowsky, Labyrinthnekrose 152.
Gurlt, E., Narkose 309.
Gurrieri, R., Schilddrüse 52.
Güterbock, P., Nierenverletz. 213.
Gutzmann, H., Aphasie 523.
Guyon, Einfluss d. Sympathicus auf d. Darm 470.

H.

Haab, O., Erkr. d. Macula 795.
Haack, E., Albumosurie 772.
de Haan, J. C. J. B., Lebercirrhose 435.
Haasler, F., Kiefertumoren 357.
Habart, J., Kleinkaliber 388.
Habel, A., Tabes 844.
Haberkraut, Magenchirurgie 292.
Habermann, Ohrlabyrinth 391.
Hago, J. J., Gährung 583.
Hagenbach-Burckhardt, Diphtherie 370.
Hahl, G., Kieferprotheso 712.
Hahn, E., Splenectomie 136.
Hahn, R., Buhobehandl. 846.
Hahn, W., Ciliarnerven 887.
Hähnle, E., Retinitis 808.
Halban, Friedländer's Bacillus 89; Bakterienresorption 519.
Halban, J., Zungennerv 494.
Halbertsma, Eklampsie 864.
Hallé, J., Varicello im Larynx 75.
Hallervorden, E., Sprachstörung 524.
Hallion, L., Innervat. d. Leber 481.
Halm, M., Leukocytose 58.
Hamburg, Albumosenmilch 30.
Hamburger, H. J., Resorption 163; Lymphbild. 354.
Hammarsten, O., Fibrin 179.
Hammer, X-Strahlen 230, 473.
Hammer, H., Darmtumor 200.
Hampeln, P., Lungenkrebs 877.

Hanriot, Blutferment 403.
Hansemann, D., Fettniere 660; Akromegalie 757.
Hansteen, H., Gonorrhoe 526.
Harley, V., Urobilin 500.
Harold, J., Raynaud'sche Krankh. 332.
Harris, Th., Rhinitis 889.
Harrison, R., Blasenstein 729.
Hartmann, H., Adnexentzündg. 47; Beckeneiterung 223.
Harttung, Lungenembolie 799.
Haslund, A., Lues 553.
Hassmann, O., Leukocytose 100.
Haug, Ohrtumoren 873.
Hauser, Tetanie 763.
Haushalter, P., Muskelatrophie 349.
Hausermann, E., Eisen 832.
Havelberg, W., Lepra 351.
Hearder, F. P., Sulfonal 439.
Heath, Chr., Kieferhypertrophie 680.
Heckenstein, Autoskopie 438.
Heidemann, M., Pericarditis 619.
Heidenhain, Lymphosarkom 275.
Heidenhain, L., Herzfehler 361.
Heil, K., Gewicht der Wöchnerinnen 608.
Heim, L., Cyankalium-Vergift. 475.
Heimann, M., Erythromelalgie 893.
Heinrich, W., Myopie 70.
Helbing, C., Aortenthrombose 317.
Helferich, Prostatahypertrophie 188.
Heller, Carina tracheae 311; Luftdruck 615.
Heller, J., Blennorrhoe 255.
Heller, R., Luftdruck 787.
Hellin, D., Schilddrüse 848.
Hendelsohn, Ozaena 778.
Henriques, V., Reduc. Stoffe im Blut 849.
Hensehen, S. E., Fliegenlarven 490; Diphtherie 509.
Hensel, Keuchhusten 890.
Hepp, Laryngitis 736.
Herbert, E., Pleuresie 547.
v. Herff, Ovarien 656.
Hering, Th., Larynxpapillom 365.
Hermes, Leberabscess 54.
Herrnheiser, J., Augenverletz. 191.
Hertel, E., Akromyelie 444.
Herxheimer, G., Kalkbrod 834.
Herxheimer, R., Epidermisspiralen 206; Lues 281; Pflasterpapier 399; Impetigo 558.
Hess, N., Alloxurie 20.
Hess, C., Accommodation 615.
Hesse, W., Milch 345.
Hessler, Otitis ext. 631.
Heubner, O., Diphtherie 313.
Heusner, L., Hyperidrosis 126.
Heymann, P., Kehlkopflähm. 683.
Hiebaum, A., Geburtsverletz. 352.
Higier, H., Puerp. Neuritis 61; Hirnleiden 267; Hämatomyelie 747; Alexie 845.
Hildebrand, Freie Gelenkkörper 8.
Hill, A. J., Carbolsäure-Vergift. 571.
Hill, L., Cirkulation 707.
Hink, A., Inversio 528.
Hinsdale, G., Patellarreflex 317.
v. Hippel, A., Kurzsichtigkeit 872.
Hirsch, C., Magenblut. 235.
Hirschberg, R., Tabes 781.
Hirschfeld, F., Acetonurie 299.
Hirschlaff, W., Pyonephrose 11.
Hirschmann, R., Lues 192.
Hitschmann, R., Lues 352.
Hoche, A., Degeneration 551.
Hoehhaus, H., Syringomyelie 237; Spinalparalyse 746.
Hochsinger, C., Lues 748.
Hochstetter, Geburtshülfe 550.
Höck, H., Milch 410.
v. Hoesslin, R., Morb. Basedowii 636.
Hofbauer, L., Speichel 531.
Hoffa, A., Fussverstauchung 261; Hüftluxation 437; Plattfuss 533; Skoliose 536.
Höfer, Tonsillitis 296.
Hoffmann, B., Sinusthrombose 192.
Hoffmann, J., Facialislähm. 374; Casuistik 591; hereditäre Muskelatrophie 877.
Hofmann, Ponstumor 829.
Hofmann, Fr., Elektrischer Geschmack 547.
Hofmann, K. B., Osteomalacie 709.
Hofmeier, M., Myom 207.
Högerstedt, A., Aortenstenose 35; Atropinvergift. 369.
Holländer, E., Bauchschnitt 730.
Hollick, J. O., Tonsillo-glossitis 539.
Holt, J. J. H., Amputation 712.
van Hoorn, W., Tuberkulin 889.
Horbaczewski, A., Guanin 833.
Horne, Eucain 366.
Horowitz, M., Lues 719.
Horst, M., Melanosis pericardii 472.
Horwitz, O., Sectio alta 535.
Howald, W., Jod in Haaren 817.
Howitz, Uterusfibrom 830.
Hubbard, Th., Accessor.-Lähm. 13.
Huber, Antitoxin 840.
Hübscher, G., Handgelenk 713.
Huchard, H., Theobromin 425.
Hufschmied, C., Aneurysma 325.
Huismans, L., Syringomyelie 860.
v. Humnicki, Cholesterin 181.
Hunt, H., Herznerven 354.
Huppert, Albumosurie 418; Xanthin 530.

Husemann, Bacillen auf Austern 696.
Hutinel, Staphylococcus 328; Diphtherie 370.

I. J.

Israel, J., Bauchfelltuberkulose 214.
Jablonski, J., Pankreas 321.
Jacobi, A., Nephritis 544.
Jacobj, C., Spacclotoxin 512.
Jacobsohn, L., Arteriosklerose 430; Hirntumor 907.
Jacoby, Anchyloctomie 172; Milzexstirpation 737.
Jacoby, E., Anchylostomum 667.
Jacques, P., Innervation der Hirnhaut 654.
Jadassohn, Stomatitis 79.
Jaffé, M., Phenylhydrazin 450, Oxysantonin 482.
de Jager, L., Bestimmg. freier Säure 593.
Jakoby, M., Apenta 819.
v. Jaksch, R., Encephalitis 60.
Jamane, B., Hirntumor 907.
Janatka, Pharynxstein 30.
Janovsky, V., Lupus 637.
Janowsky, Dysenterie 392.
Janson, C., Tuberkulose 806.
Jaquet, A., Hämoglobin 691.
Jean, F., Butter 52.
Jeanselme, E., Kropf 268.
Jellinghaus, Gesichtslage 624.
Jez, V., Diazoreaktion 217; Apolysin 633.
Joachimsthal, Formänderung d. Muskeln 643.
Johannessen, A., Couveuse 35; Petroleum-Vergift. 506.
Johansen, M., Polyneuritis 61; Meningocele 319.
Johnston, G. J., Rippenbruch 790.
Jolles, Ad., Eisen 515; Ferrometer 627; Urometer 643.
Jolly, F., Entbindungslähm. 460; Pellotin 649.
de Jong, J., Ohrtumor 839.
Jonker, Intubation 487.
Jonnesco, Th., Splenectomie 661.
Jordan, Leistenhernie 864.
Joseph, M., Lichen 555; Porokeratosis 686.
Jottkowitz, Unterschenkelbrüche 69.
Jourdan, M., Leberabsecss 54.
Jundel, J., Gonococcus 672.
Jusehtschenko, A. J., Anat. d. Sympathicus 497.
Justus, J., Lues 611.

K.

Kaatzer, Tuberkulin 889.
Kaczanowsky, P., Halscyste 836.
Kahn, Missed labour 112.
Kalischer, S., Myasthenie 701.
Kalmus, E., Diabetes 622.
Kam, A. C., Veränd. im Hirnstamm 574.
Kapsammer, G., Callusbildung 442.
Karcher, J., Klima 639.
Karewski, Spondylitis 584.
Kassowitz, M., Diphtherie 249; Tetanie 891.
Katz, K., Neurit. optica 282.
Katz, J., Asthma 523.
Katz, O., Diphtherie 795.
Kaufmann, Otalgie 327.
Kaufmann, M., Fettbildung 148.
Kaufmann, D., Taubheit 233; Nervenerkrank. 864.
Kausch, W., Diabetes 573.
Kayser, R., Ozaena 391.
Kebler, L. F., Giftiger Honig 543.
Keen, W. W., Gangl. Gasseri 814.
Keilmann, A., Milchersatz 410.
Keller, A., Gastroenteritis 876.
Keller, R., Endocarditis 201.
Kelling, Oesophagoskop 871.
Kellock, Intubation 9.
Kellogg, J. C., Favus 94.
Kelly, H. A., Harnchirurgie 390; Nierenchirurgie 416; Vesicovaginalfistel 558.
Kempner, Fleischvergiftung 810.
Kerry, A. A., Natriumchlorat 576.
Kersch, Chininsalze 666.
Kessler, L., Uterusmyom 176; Vaginofixation 240.
v. Ketel, B., Glukose im Harn 19.
Killian, G., Rhinoskopie 122.
Kinnikuth, Fr. P., Innere Sekretion 710.
Kionka, H., Narkose 187; hydrolytische Fermente 471.
Kirstein, A., Beschlagen d. Kehlkopfspiegels 538.
Kisch, E. H., Menarche 77; Herzbeschwerden 396.
Klautsch, A., Hämatom d. Vulva 496.
Klein, St., Anämie 184.
Kleinberg, A., Darmprolaps 86.
Kleine, F., Formanilid 257.
Kleinhans, F., Krebs 432.
Kleinwächter, Fibromyom 336.
Klemm, P., Erkrankte Gelenke 733.
Klemperer, F., Phonationscentrum 380.
Klemperer, G., Harnstoff 681; Nierenblutung 764; Lebercirrhose 372.

Klingmann, Th., Staar 823.
Klippel, Tic douloureux 781.
Klug jun., Pepsinverdauung 227.
Knaak, Gegenfärbung 345.
Knapp, Wandernicre 288; Phonendoskop 576.
Knauer, E., Dermoidcyste 511.
Knöpfelmacher, W., Harnretention 634; Fettsklerom 690.
Knorr, Tetanus 88.
Knorre, Tuberkulose 540.
Koch, Erysipel 247.
Koch, F., Lupus 302.
Koch, R., Tuberculin 455.
Koch, W., Darmchirurgie 678.
Kocher, Coxa vara 517.
Koerte, W., Pankreas 244.
Kohlenberger, Resorption 356.
Kojewnikoff, A., Bulbärparalyse 701.
Kolischer, Blasenchirurgie 64.
Koll, E., Sinuspleuritis 491.
Kolle, Schutzimpfung 344; Influenza 503.
Kommerell, Nabelschnurblutung 607.
König, F., X-Strahlen 280, 473.
König, Fr., Diabetes 585.
König, W., Pseudopulbärparalyse 651.
Koolhaas, M., Coma dyspepticum 426.
Kopfstein, W., Aneurysma 566.
Kopp, R., Angiom 479.
Köppen, M., Rindenerkrank. 605; Querulantenwahn 637.
Korff, B., Krebsbehandl. 663.
Körner, Luftembolie 823.
v. Kornilow, A., Polymyositis 652.
Korolew, E. E., Ganglienzellen 113, 129.
Kortum, Facialislähm. 492.
Koschier, Sklerom 58; Prolaps. sinus Morg. 809.
Koslowski, B., Teratom 564.
Kossel, A., Zellkern 82; Diphtherie 90.
Köster, G., puerp. Neuritis 61.
Köster, H., Anaemia splenica 440; Tetanie 797.
Köstlin, Mastitis 474.
Kozerski, A., Hautaktinomykose 554.
Kramm, W., Kreatininderivat 785.
Kraus, Homologes Serum 809.
Kraus, E., Cholecystitis 25.
Krause, F., Quintusresekt. 231.
Krauss jun., F., Resorption 789.
Krawkow, N., Eiweiss 134.
Krefting, R., Bubo 575.
Krehl, L., Temperatur 726.
Kreidl, A., Nervenstudien 907.
Kreitmayr, Inversio uteri 911.
Kretschmann, Meningitis 621.
Krisowski, M., Lues 94.
Kriz, A., Invagination 827.
Kronenberg, Schleimpolypen 648.
Krönig, Venaesectio 252; Giftwirkung 736.
Krückmann, Serumvergiftung 199.
Krupezky, A., Hämogallol 542.
Kuhn, A., Otitis 121.
Kühn, Sterilisirung 424.
Kühnau, Proteusinfektion 343; Serodiagnostik 488; Bakterien i. Blut 875.
Kühne, W., Bed. d. Sauerstoffes 449.
Kuhnt, H., Conjunctivitis 838.
Kümmell, H., Murphyknopf 758.
Kündig, A., Höhenklima 359.
Kunn, C., Multipl. Sklerose 429.
Küster, Nierenruptur 405; Chir. der Harnblase 901.
Küster, E., Frühoperation 806.
Küstner, O., Myome 144.
Kutscher, Fr., Phosphorescenz 641.
Kuznitzky, M., Psoriasis 206.

L.

Labadie-Lagrave, Bleikolik 237.
Labbe, Staphylococcus 328.
Lacer, M., Syringomyelie 743.
Lake, Fremdk. in den Luftweg. 824.
Lambert, M., Salzinjektion 642.
Lamy, M. H., Embolie 77.
Lancereaux, M., Alkoholism. 904.
Lane, A., Carbolvergiftung 197.
Lane, J. E., Lues 286.
Lane, Cl. A., Bruch der Trachea 502.
Lang, A., Ulcus molle 45.
Lang, Ed., Lupus 637.
Lange, Hornhaut 773.
Lange, V., Adenoider Habitus 365; Narkose 616.
Lange, F., Buckel 535.
Langendorff, O., Säugetierherz 498.
Langerhans, E., Magendurchleuchtung 266.
Langfeldt, Schilddrüse 73.
Laugner, C. E., Apsithyrie 41.
Langstein, Pellotin 458.
Laquer, B., Alloxurbestimmung 22; Alloxurkörper 83.
Lanz, Fr., Phosphorvergiftung 218; Leberatrophie 682.
Lanz, O., Osteomyelitis 821.
Lapicque, L., Hämoglobin 818.
Laroyenne, Beckeneiterung 223.
Laser, H., Halsdrüsen 666.
Lasserre, G., Barlow'sche Krankheit 142.
Latschenberger, J., Blut 133.
Laudenbach, J., Milz 513.

Lauenstein, C., Castration 677.
Law, R. R., Serumbehandlung 864.
Lazarus, Posticuslähmung 683.
Leask, H. J. G., Kindbettfieber 558.
Leedham-Green, Desinfektion 216.
Lefas, Tic douloureux 781.
Lehmann, Zink 487.
Lehmann, F., Amaurose 138.
Lehne, Echinococcus 27.
Leichtenstern, O., Tuberkulose 430.
Leimbach, R., Tabes 125.
Leistikow, L., Jodvasogen 335.
Leith, R. M., Uteruskrebs 336.
Lejars, Hämatocele 15.
Lejars, F., Cholecystitis 646.
Lemberger, J., Schilddrüse 581.
Lennander, R. G., Ruptur der Harnröhre 885.
v. Lenowa, O., Anophthalmie 669.
Lenzmann, Adenoide Vegetat. 840.
Leo, H., Ferment 795.
Lepage, G., Symphysiotomie 128.
Leser, Rachenschleimhaut 601; eingeheilte Kugel 630.
Lesser, E., Lues 767.
Leube, W., Herzgeräusche 219.
Leutert, Pyämie 277.
Levai, Sterilisation 103.
Levison, F., Gicht 201.
Levy, Bakteriologie 874.
Levy, E., Agglutination 541.
Lewers, A. H. N., Uterustumor 400.
Lewandowsky, M., Atmung 178.
Lewin, L., Resorption in d. Harnblase 48.
Lewinstein, G., Verdünnte Luft 146.
Lewy, B., Methylenblau 78.
Leyden, E., Endocarditis 12.
Lichtenberg, K., Nasenpolyp 734.
Liebmann, Tuberkulin 71.
Liebrecht, Doppelsehen 363.
Liepmann, H., Albumosurie 377.
Lindemann, W., Ikterus 790.
Lindenthal, Influenza 589; Kolpohyperplasie 863.
Lindenthal, O., Nitrobenzol 323.
Linossier, G., Jodresorption 654.
v. Linstow, Taenia 522.
Littauer, Magenkrebs 173.
Löblowitz, J. S., Airol 495.
Loehte, Spiegelschrift 375.
Lockwood, C. B., Ovarialhernie 752.
Loeb, M., Diabetes 236.
Loesch, Tuberkulin 196.
Loew, Condylenbrüche 615.
Loewy, A., Blutveränderung 598; Athmung 769.
Logucki, Mandelabscess 71.
Löhlein, Extrauterinschwangerschaft 144.
Lohnstein, Th., Urometrie 691.
Löhr, Darminvagination 545.
Lommel, Ohr bei Dipbtberie 102.
London, E. S., X-Strahlen 852.
Lop, Pocken 601.
Lorrain, M., Pneumothorax 106.
Löwenberg, Pseudodiphtherie 326.
Löwenfeld, L., Neurosen 493.
Löwi, O., Blausäure 95.
Lübbers, A., Herdsklerose 738.
Lucas, C., Carbolvergiftung 197.
Ludwig, V., Karlsbader Wasser 289.
Ludwig, E., Dermoidcyste 581.
Ludwig, H., Eierstocksschwangerschaft 592.
Lukasiewicz, Erythem 15; Xeroderma 158; Mycosis fungoides 318; Sublimatinjektion 575.
Lüthje, Alloxurie 98.
Lympius, M., Struma 599.

M.

Macdonald, P. W., Tabes 844.
Mac Ewan, Prostata 728.
Mager, W., Luftdruck 787.
Magill, W. S., Leberabscess 54.
Magnus-Levy, A., Thyrojodin 73.
Mainzer, E., Ovariotomie 223.
Mairet, Urin b. Epilepsie 430; Giftigkeit der Leber 676.
Maisonneuve, Schlangengift 153.
Majocchi, D., Jodpflaster 638.
Malfatti, M., Alloxur 483.
Mannaberg, J., Neuritis 717.
Manasse, Labyrinthkapsel 808.
Manasse, P., Hirntumor 166.
Manasseïn, M., Permeabilität d. Haut 495.
Manchot, C., Lues 895.
Manicatide, Tuberkulose 124.
v. Manteuffel, Z., Narkose 187.
Maragliano, Serumtherapie 10.
Mareband, F., Lues 68.
Marcuse, W., Dermatitis 176.
Marcuse, P., Diphtherie 370.
Marfan, A. B., Varicell. d. Larynx 75; Tuberkulose 298; Keuchhusten 346; Phlebitis 841.
Marineseo, G., Acromegalie 444; Myopathie 549.
Marschner, J., Tetanin 573.
Marshall, C. R., Hanf 810.
Marthen, G., Leukocytose 101.
Martin, M. M. A., Osteom 901.
Martius, F., Magendurchleuchtung 282.
Massaut, M., Pupillenreflex 205.
Massei, Kehlkopfverengerung 327.

Massei, E., Abscesse i. Schlunde 408.
Massey, G. B., Elektr. i. d. Gynäkol. 160.
Mathes, Chir. d. Harnleiter 808.
Matte, Hörschärfe 734.
di Mattei, E., Infektionskrankheiten 738.
Matthes, M., Osteomalacie 471.
Matthes, W., Temperatur 726.
Maul, Trinkwasser 195.
May, R., Laevulosurie 356.
Maybaum, J., Morb. Basedowii 268.
Mayer, Luftdruck 616.
Max, Ohrmuschel 29.
M'Bride, P., Pulsat. im Pharynx 171; Rachenwucherung 735.
Medvedew, A., Oxydation 258.
Mehler, Schleich'sche Anästhesie 558.
Meinert, Magendurchleuchtung 266.
le Mème, H., Hydarthrose 820.
Ménard, Pott'sche Krankh. 567.
Mendel, L. B., Darmsaft 66.
Merkel, S., Airol 369.
Mermet, P., Brustdrüsenabsess 534.
Du Mesnil de Rochemont, Typhus 393.
Metall, H., Somatose 830.
Meyer, Schilddrüse 438.
Meyer, E., Rhinitis 87.
Meyer, H., Kindsbewegung. 336; Wiederbelebung 891.
Meyer, A., Landry'sche Lähm. 477.
Michaelis, H., Chylus 530.
Michel, E., Spätapoplexie 636.
Miescher, F., Höhenklima 639.
Mikuliez, J., Knochentumoren 362; Wundbehandl. 663; Magenchirurgie 628.
Milligan, Ohrchirurgie 518; Mittelohrsarkom 538.
Milroy, T., Nucleine 241.
Minor, L., Hämatomyelie 38.
Mintz, S., Oesophaguskrebs 331.
Mirallie, Syringomyelie 237.
Mirineseu, Temperatur 780.
Möller, M., Gonorrhoe 44; Quecksilberinjektion 415; Lues 687.
Monearvo, Analgen 905.
Monro, T. R., Incontinenz des Harns 843.
Montgomery, E., Hysterectomie 383.
Monti, Diphtherie 90.
Montier, A., Franklinisation 634.
v. Moraczewski, W., Chlor im Blute 434.
Morf, Hirnabscess 8; Ohrkrankheiten 663.
Morgan, W. P., Wortblindheit 845.
Morgenstern, M., Zahnbein 161.
Mörner, C. Th., Gährströmlinge 433.
Mörner, C., Darmsteine 450; Knochenasche 897.
Morro, W., Harnblase 659.
Morse, Th. H., Ulc. ventric. 759.
Morton, Ch. A., Vaginalamputat. 784.
Mosse, M., Aetherschwefelsäure 802.
Moullin, C. M., Orchotomie 188.
Moxter, Tabes 844.
Mühlmann, M., Nebenniere 149.
Müller, E., Drüsenstudien 132.
Müller, Hugo, Quecksilbersalze 109; Epidermisspiralen 206.
Müller, C., Syringomyelie 237.
Müller, Joh., Musktlatroph. 242.
Müller, R., Nierensteine 260.
Müller, Fr., Schleim 273.
Müller, M., Nucleon 499.
Müller, P., Uterusprolaps 527.
Müller, E., Diphtheriebacillus d. Mundhöhle 698.
Müller, R., Otitis 714.
Mundorff, G. Th., Diphtherie 477.
Münzer, E., Leukämie 753.
Muratoff, W., Diplegie 316.
Muret, M., Psychosen 174.
Murphy, J. B., Uterustumor 208.
Murphy, J., Kindbettfieber 319.
Murray, G. R., Myxödem 198.

N.

Nadler, J., Lippendrüsen 865.
Naecke, P., Psychose 550.
Nakarai, Hämatoporphyrinurie 724.
Nammack, Ch. E., Oedem 445.
Nanu, Darmtumor 421.
Naunyn, Lebercirrhose 13.
Neesen, F., Blutgas 210.
Nehring, O., Diabetes 119.
Neisser, M., Diphtherie 569.
Nélaton, M., Peritonitis 639.
Nemser, M., Aortenstenose 35.
Nencki, M., Blutfarbstoff 117; Harnstoff 771.
Neuber, G., Höhlenwunden 342.
Neudörffer, R., Dementia 341.
Neufeld, Antikörper i. Blut 425.
Neugebauer, F., Glykosurie 121; Nekrotomie 615.
Neumann, Lues 446; Pemphigus 463; Dermatomyome 606; Stoffwechsel 895.
Neumann, E., Fibrindegeneration 22; Dammschutz 448.
Neumann, J., Exantheme 43; Deciduom 527; Blasenmolen 863.
Neumann, H., Geschmack 475.
Neumann, R., Keratitis 586.

Neumayer, Kehlkopfmuskeln 193.
Neurath, R., Keuchhusten 377; Lues 440.
Newman, D., Mandelerkrankung 278.
Niebols, J. B., Bilirubin 563.
Nicoladoni, C., Daumenplastik 679.
Nicolaier, A, Urotropin 89.
Nieden, A., Anchylostomie 822.
Niedermayr, Gaumensegelriss 695.
Nielsen, L., Melanosis 463.
Niesnamoff, E., Kammerwasser 191.
Noack, Anästhesie 731.
Noack, G., Nosophen 410.
Nocard, Tetanus 714.
Nonne, M., Lepra 63; Poliomyelitis 548; Coordinationsstör. 574.
v. Noorden, Magengeschwür 712; Euchinin 875.
Notkin, J. A., Schilddrüse 5; Thyrojodin 763.
Nötzel, W., Gewebsschwund 388.
Nowaczek, St., Pneumonie 659.
Nuttal, H., Bakterienfreier Darm 834.

O.

Obalinski, A., Nierenchirurgie 585; Darmausschaltung 741.
O'Brien, C. M., Belladonna-Vergiftg. 697.
O'Connor, J., Chyluscyste 759.
Oechsner de Coninck, Homolog des Harnstoffs 611.
Oestreich, R., Morb. Addisonii 11.
Ollier, M., Osteoplastik 732; X-Strahlen 759.
Onskow, N., Milz 583.
v. Oordt, M. J. F. E., Schlinglähmung 156.
Oppenheim, Muskelatrophie 861.
Oppenheim, H., Reizg. d. Dorsalwurzel 301; Wirbelcaries 315; Apbasie 333; Hirnabscess 765.
Oppler, R., Pepsin 59.
Orloff, N., Amidosäure 642.
Ortner, N., Recurrenslähm. 857.
Ostermayer, N., Kolporrhexie 46; Kropf 261.
Ott, A., Eiweiss 183.
Oswald. A., Jod in der Schilddrüse 866.

P.

Pándi, K., Gesichtsschwitzen 173.
Pansier, P., Hysterie 41.
Parascandolo, C., Verbrennungstod 435.
Parker, Wm. R., Cretinbehandl. 198.
Parkin, A., Nierensteine 585.
Parrot, O., Zwillingsgeburt 511.
Parsons, A. R., Neuritis 253.
Pascal, E., Sturzgeburt 526.
Pässler, H., Lungenkrebs 228.
Patier, Oxydirendes Ferment 531.
Paul, Giftwirkung 736.
Paul, G., Salpetrige Säure 123.
Paulecco, N., Gerinnbarkeit 532.
Paulus, R., Meningitis 315.
Pauly, R., Torticollis 491; Nervenerkrank. 908.
Pawlow, J. P., Harnstoff 771.
Peham, H., Kreuzbein 776.
Peiper, E., Schutzpocken 12.
Pereira-Guimaranes, Pankreas 634.
Perkins, Käsebacillus 171.
Perlia, R., Schielen 855.
Personali, St., Zungenkrampf 552.
Perthes, G., Nierenchirurgie 421.
Petersen, W., X-Strahlen 230.
Petersen, F., Vorderarmbruch 566.
Petrcen, P., Tabes 844.
Petruschky, Erysipel 104, 247; Tuberkulin 889.
Pezzoli, C., Erythromelalgie 893.
Pfeiffer, R., Myelitis 508; Pseudoleukämie 814.
Pfuhl, Formaldehyd 504.
Philippe, Ch., Aphasie 635.
Pichler, R., Melanome 119.
Pick, A., Zur Pathololegie der Sprache 108.
Pick, L., Bakterienfärbung 153.
Pick, F., Urämie 812; Sympathicuslähmung 908.
Piering, Fibrom 256.
Piering, Bauchbinden 335; Nabelschnurhernie 557.
Piéry, M., Blennorrhagie 287.
Pilliet, J. H., Metritis 432, 847.
Pinard, Entw. d. Frucht 79; Kaiserschnitt 816.
Pincus, L., Constipatio myogenita 556.
Pincus, E., Myositis 766.
Pineles, F., Tabes 40.
Pineles, Fr., Pupillenstarre 782.
Pinner, F., Barlow'sche Krankh. 780.
Placzek, S., Serratuslähm. 573; Armlähmung 843.
Plugge, Cytisin 812.
Politzer, A., Labyrinthläsion 170.
Poller, L., Wirbelbruch 663.
Popel, W., Ligatur d. Ureteren 20.
Popoff, N. M., Conductor sonorus 221.
Popper, R., Fettmilch 410.

Poppert, Catgut 194; Chir. d. Harnblase 870.
Porges, R., Magenkrebs 599.
Pozzi, M. S., Kochsalzinfusion 16.
Prang, Tuberkulin 889.
Prince, M., Landry'sche Lähm. 477.
Pupovac, D., Muskeltumor 901.
Purjesz, S., Serumtherapie 199.
Purtscher, O., Retiuitis 215.

Q.

Quénee, Gallenchirurgie 276.
Quincke, H., Eisenreaktion 83: Meningitis 746.

R.

Rabl, H., Blutplättchen 387.
Raczynski, Toxine 617.
Radestock, Narkose 886.
v. Ranke, H., Scharlachdiphtherie 826.
Ramond, F., Bacterium coli 217.
Ransom, R., Gallensekretion 387.
Rasumowsky, Tracheotomie 587.
Ratjen, E., Ulc. ventric. 698.
v. Rátz, Büffelseuche 194.
Raudnitz, R. W., Milch im Magen 471.
Raugé, P., Laryngocele 665.
Raymond, Syringomyelie 237.
Reale, J., Magenausspülung 76.
Reale, E., Lävulose 626.
Reclus, P., Guajacol 264.
Redlich, P., Psychose 41.
Refslund, Missbildung der Epiglottis 278.
Regnier, Bleikolik 237.
Regnier, P., Beckeneiterung 223.
Rehfisch, E., Samenblasen 24.
Reinach, O., Sommerdiarrhoe 154.
Reineboth, H., Empyem 459.
Reinhardt, Urticaria 143.
Reiner, M., Hirndruck 316; Cirkulation 866.
Reinitzer, F., Enzym d. Gerste 803.
Reiss, A., Benzacetin 543.
Reizenstein, A., Xanthinbasen 86.
Remak, E., Neuritis 443, 717.
Remlinger, P., Muskelatrophie 77: Landry'sche Lähmung 477.
de Renzi, E., Lävulose 626.
Répard, P., Argon 611.
Rothi, Nasenoperation 152; Bronchitis 233; Arsen 423; Falsettstimme 519; Stimmbänder 664.
Reynier, P., Hämatocele 45.
Riazantseff, N. V., Stoffwechsel 118.
Ribbert, Pathol. Anatomie d. Herzens 420.
Richelot, L. G., Beckeneiterung 46. 607; Prolaps 750.
Richter, G., Vaccinia 286.
Richter, P. F., Leukämie 441.
Ricker, G., Nebenniere 84.
Rieder, R., Lues 63.
Riegler, E., Chinaphthol 715; Harnsäure 804.
Riehl, G., Lymphendotheliom 445.
Riese, H., Temporäre Ligatur 406.
Riggs, C. E., Anämie 702.
Rindfleisch, W., Arthritis 807.
Ritchie, J., Knochenkrebs 259.
Ritthausen, N., Leucinimid 135.
Ritthausen, H., Alloxanthin 258: Vicin 258.
Rittstieg, Hämatometra 112.
River, A., Urobilinurie 452.
Robin, A., Gaswechsel 21.
Robinson, H. B., Subluxation i. Kniegelenk 218.
Robinson, B., Lues 395.
Robson, M., Nervenplastik 156.
Robson, W., Pyämie 278.
Rodet, M., Milch 345.
Roger, Stetographie 373.
Rogers, E. J. A., Hirnblutung 302.
Römisch, W., Recurrenslähmung 379.
Röna, S., Lues 44.
Rona, P., Gonorrhoe 591.
Roos, E., Schilddrüse 355.
Roosnig, Th., Nierensteine 757.
Rosemann, R., Stickstoffausscheidung 385.
Rosenberg, Kehlkopfpapillom 423; Formaldehyd 588; Struma 793.
Rosenberg, P., Formaldehyd 33.
Rosenfeld, G., Uratdiathese 38.
Rosenfeld, R., Narkose 187.
Rosenheim, Th., Oesophagoskopie 298.
Rosenthal, Krebs 643, 831.
Rosin, H., Lues 428; Ganglienzellen 604; Tabes 605.
Rossa, E., Narkose 485.
Rössler, Achillodynie 309.
Rost, E., Tannigen 658.
v. Rosthorn, A., Krebs 416.
Rouget, Ch., Methylenblaumethode 843.
Rubner, Kleidung 31, 715.
Rudaux, M., Empyem 172.
Ruge, Nosophen 111.
Ruge, R., Leistendrüsen-Entzündung 222.
Ruge, S. R., Anästhesie 271.
Ruge, P., Pruritus 560.
Rugh, J. T., Muskelatrophie 349; Coffeinvergiftung 904.

Runge, Smegmabacillen 139; Placentartumor 831.
Runge, H., Rückenmarkstumor 347.
Rydygier, Wandermilz 136.

S.

Sacerdotti, C., Nierenhypertrophie 340.
Sack, A., Lues 655; Dermatitis 861.
Saillet, Urospectriu 290; Urobilin 673.
Salkowski, E., Eucasin 117; Casein 147; Oxydation 658; Alloxurbestimmung 850.
Salomon, M., Magensäure 545.
Salomonson, W., Berufsatrophie 842.
Salzmann, M., Verlust der Linse 486.
v. Samson, C., Rhinoplastik 406.
Sanarelli, Gelbes Fieber 761.
Sänger, A., Radialislähmung 397.
Sanner, Hämoptoe 489.
Sarhó, A., Analgesie der Ulnaris 106; Tetanie 201.
Sarfert, Pankreas 244.
Sasse, Coxitis 452.
Sasse, F., Tumoren der Mamma 852.
Savery, Fr., Recurrenslähmung 30.
Savor, R., Cystitis 126.
Saxer, Fr., Wanderzellen 23.
v. Scanzoni, F., Resorption 419.
Schaffer, Centrosomen 1.
Schadewaldt, Ictus laryngis 683.
Schäffer, A., Psychose 210; Ferripyrin 304; Blutungen 800.
Schanz, F., Neuritis optica 204.
Schaposchnikoff, B., Pericarditis 742.
Schattenfroh, Leukocyten 248.
Scheffer, Serumreaktion 505.
Scheibe, Mittelohrtuberkulose 586.
Scheier, M., Geschmacksnerven 684; X-Strahlen 761.
Schellong, Diphtherie 234.
Schenk, A., Erythromelalgie 893.
Scheppegrell, Tuberkulose 648.
Scheurlen, Desinfektion 408.
Schierbeck, Toxinbildung 171.
Schiff, A., Bulbärerkrank. 156; Hämatomyelie 414; Hypophysis 803.
Schiff, E., Filmogen 110.
Schiller, A., Scopolin 48.
Schirmer, O., Hornhauttrübung 86.
Schischa, A., Bubo 671.
Schleicher, A., Diphtherie 90.
Schlesinger, E., Diphtherie 313.
Schlesinger, H., Akromegalie 868; Magentumor 905.
Schlösing, Th., Argon 611.
Schlossmann, A., Naevus 478; Eselsmilch 850.
Schlub, H., Fibrom d. Cornea 887.
Schmaltz, H., Ohrtrauma 902.
Schmaltz, R., CO-Vergift. 909.
Schmidt, M., Chir. d. Nase 455.
Schmidt, W., Chlorose 518.
Schmiedeberg, O., Melanin 882.
Schmiegelow, Schwarze Zunge 122.
Schmilinsky, H., Magenmykosen 135.
Schmit, H., Hernie 168.
Schmoll, E., Alloxurie 20; Diabetes 119.
Schnaase, S., Schutzpocken 12.
Schneider, Alexin 343.
Schnitzler, J., Darmeinklemm. 168; Hirndruck 316; Circulation 866.
Schnyder, L., Muskelkraft 52.
Scholz, W., Bestimm. d. Kohlenstoffs 723.
Schopf, F., Punktion der Blase 28.
Schramm, H., Oesophagotomie 85.
Schreiber, J., Phytobezoar 859.
v. Schroetter, Carina trachea 311; Luftdruck 616, 787.
Schubiger, J., Sklerodactylie 526.
Schübe, A., Magensekretion 140; Funkt. d. Magens 314.
Schuchardt, C., Ulc. rotund. 277; Harnblasentumoren 516.
Schulhof, J. S., Argentamin 714.
Schüller, M., Gelenkrheumatism. 885.
af Schulten, M. W., Knochenhöhlen 694.
Schultes, Hörschärfe 734.
Schultz, Fr. N., Fett i. Blut 290.
Schultz, P., Glatte Muskeln 722.
Schultze, E., Stickstoff 181; Protein 209.
Schultze, Fr., Facialislähm. 829.
Schultzen, Tabes 492; Chorea 549.
Schulz, Larynxstenose 263.
Schulz, Fr. N., Fettbestimm. 597.
Schulze, Fr., Hirntumor 782.
Schumburg, Höhenklima 65; Trinkwasser 424, 648.
Schur, H., Nuclein 596.
Schütz, Fettmilch 197.
Schütz, E., Hernie 155; Fettmilch 387.
Schütz, J., Hautanatomie 206; Gallenblasenhydrops 219; Lupus 525.
Schwabach, Leukämie 777.
Schwalbe, E., Carcinom 805.
Schwartze, H., Cholesteatom 192.
Schwarz, E., Tabes 844.
Schweizer, A., Alexanderoperation 288.
Sébilleau, Uteruspolyp 831.
Seegen, J., Arbeitsleistung 709.
Seegelken, Lumbalpunktion 700.

Seelig, P., Milchzucker 81.
Seeligmann, R., Hirnnervenlähm. 283.
Seifert, P., Muskelatrophie 879.
Seitz, Joh., Lues 720.
Selinow, A., Milz 583.
v. Sematzki, J., Serumtherapie 872.
Senator, H., Gelenkhydrops 373; Diabetes 780; Nephritis 906.
Senbaum, E., Diabetes 402.
Senfft, Lactophenin 521.
Senn, A., Hornhauterkrank. 454.
Severn, W., Folliculitis 632.
Sharp, G., Atropin 505.
Sicard, Typhusbacill. 21; Agglutination 264.
Sick, C., Radialislähm. 397.
Siebenmann, Leptaprosopie 888.
Siegel, E., Thymus 275.
Siegert, Diuretica 739.
Siegfried, M., Nucleon 514.
Silberkuhl, W., Pupillenweite 56.
Silbermark, M., Bulbärparalyse 701.
Siemerling, E., Reakt. d. Pupille 92.
Sievcking, H., Rückenmarkskompression 222.
Sievers, R., Darmparasiten 346.
Smith, L., Alexanderoperation 256.
Snellen, H., Keratoconus 839, Erythropsie 855.
Soerensen, Diphtherie 90, 249.
Sokolowski, A., Bronchitis 92.
Soltmann, O., Serumtherapie 199.
Solomin, Milch 195.
Sommerfeld, O., Galle 544.
Sottas, Degeneration 798.
Soukhanoff, S., Polyneuritis 685.
Souligous, Metritis 847.
Speck, C., Atmung 178.
Spencer, H. R., Embryotomie 64.
Spiegel Ad., Folliculitis 334.
Spiegler, E., Verbrennung 67; Verbrennungstod 436.
Spiller, G. W., Syringomyelie 860.
Spillmann, P., Polyneuritis 828.
Spira, Quintusneuralgie 71.
Spiro, Desinfektion 408.
Spiro, R., Gerinnung 801.
Spitzer, L., Raupenhaare 836; Aortenenge 892.
Srebrny, Sykosis 556.
Stange, P., Alcaptonurie 307.
Stankowski, Larynxödem 503.
v. Starck, Barlow'sche Krankh. 281; Rachitis 740.
Staub, A., Lues 111, 894.
Stein, O., Polyneuritis 894.
Stein, R., „Sulfo-Test" 564.
Steindler, L., Alopecie 285.
Steiner, F., Gelenkrheuma 796.
Steintbal, Alexander-Operation 704.
Stembo, L., Neuritis 253.
Stern, Serodiagnostik 438.
Stern, R., Milchsäure i. Magen 33.
Stettiner, H., Osteomyelitis 502.
Stephan, Sklerodactylie 382.
Stevenson, W. F., Ligatur d. Iliaca 186.
Stewart, Missbild. d. Nase 539.
Sticker, G., Ammoniak 83; Sensibilität 797.
Stićnon, L., Leukocytose 307.
Stifler, Halsrippen 398.
Stiles, Lebergeschwülste 598.
Stokes, W., Ovariotomie 223.
Stöltling, Retinitis 568.
Stoerck, Cocain 138.
Stoerk, C., Oesophagoskopie 546.
Storch, E., Lepra 622.
v. Stransky, F., Hydrothionurie 340.
Strauss, J., Stoffwechsel 562; Guajacetin 602.
Strauss, H., Glycosurie 754.
Streiff, J. J., Schilddrüse 226.
Stromayr, E., Albumosurie 339.
Strübing, Tachypnoe 378.
Strümpell, A., Diabetes 236; Glycosurie 355; Amnesie 549.
Stubenrath, Vaselin 633.
Stülp, O., Oculomotoriuskern 379.
Sudeck, Hydronephrose 695.
Sudek, P., Tuberkulose 525.
Sulzer, M., Muskelatrophie 819.
Suter, F., Klima 639.
Sutton, B., Tubarabortus 880.
Svehla, Ch., Typhus 330.
Svehla, K., Vagus 211.
Swoboda, N., Melaena 384, 859.
Sykoff, W., Wandermilz 120.
Szabó, J., Milchdrüse 163.

T.

Tait, L., Uterusperforation 304.
Tandler, G., Pityriasis 303.
Taylor, A., Aloxurkörper 898.
Taylor, J. M., Patellarreflex 817.
Taylor, J. W., Vaginofixur 383.
Taylor, F., Herpes 427.
Teissier, Toxine 367.
Tenderich, H., Hernien 532.
Teschemacher, Diabetes 104, 811.
Theilhaber, A., Morb. Basedow. 268.
Thesen, J., Phenylglycin 561.
Thiele, O., Encephalitis 125.
Thierfelder, H., Leben ohne Bakterien 834.
Thiersch, H., Gangrän 669.

Thomsen, Paralyse 202.
Thomsen, A., Magengeschwür 473.
Thomson, H., Cöliotomie 240; Schwitzapparat 272.
Thorel, Ch., Nicreninfarct 358.
Thumin, L., Myom 384; Schwangerschaft 720.
Tiéri, Oxydirendes Ferment 531.
Tilmanu, Meningocele 534; Oberschenkelbruch 645.
Tissot, M. J., Statische Arheit 627.
Tixier, L., Osteomyelitis 438.
Toepfer, G., Xanthom 783; Oxyproteinsäure 705.
de la Tourette, G., Gliederstarre 78.
Trapp, Medicomechanik 565.
Trautenroth, Smegmabacillen 139.
Trebitsch, H., Morbus Addisonii 447.
Treitel, Hirnabscess 247.
Treupel, G., Jodothyrin 183.
Trömmer, C., Dementia 142.
Trump, J., Cholecystitis 811.
Tümänzew, N., Einfluss des Sympathicus auf die Pupille 465.
Turner, L., Rachenwucherung 735.

U.

Uhthoff, W., Keratitis 855.
Ullmann, Dermoidcyste 128.
Ullmann, R., Angiom 15.
Ulrich, Chr., Tyrosin 166.
Umikoff, N., Milch 345.
Unger, E., Ductus thoracicus 324.
Unna, P. G., Gelanthum 110; Purpura 127; Verhornung 239; Paraplaste 399.
Urquhart, A. R., Raynaud'sche Krankheit 332.

V.

Vahlen, E., Desoxycholsäure 625.
Vajda, Gonorrhoe 748.
Vandervcldo, Dermoidcysten 64.
van de Velde, Serumtherapie 778.
vau de Velde, Th., Schwangerschaft 815.
vau Duyse, X-Strahlen 262.
Vaughan, Käsebacillus 171.
Vaughan, P. T., Psychosen 174.
Veasey, C. A., Duboisin-Vergift. 633.
Veiel, Airol 235.
Veillon, E., Hämomcter 639; Klima 639.
Vellon, Anärobien 439.
Verhögen, A., Magensekretion 451.
Verhoogen, R., Hysterie 80.
Vidal-Solares, Formalin 607.
Villiers, Muskelatrophie 879.
Vineberg. H. N., Lactation 288; Vaginofixur 400.
Violin, E., Papaïn 105.
Virchow, R., Entzündung 884.
Vires, Giftigkeit der Leber 676.
Vogel, Beckenabscess 240.
v. Voit, Fleischextrakt 898.
Voit, E., Stickstoffgleichgewicht 99.
Vollmer, E., Bäderkuren 750.
Vranjican, P., Neuritis 253.

W.

Wachsmann, S., Heftklammern 599.
Waelsch, L., Lues 239; Hautbrand 670.
Wahrmann, F., Struma 661.
Walker, J. B., Quadricepsruptur 693; Oesophagotomie 776.
Walthard, M., Uterusmyom 208.
Walz, R., Paralysis 620.
de Wannemaker, Pruritus 319.
Wassermann, Gonococcus 825.
Wassilieff, N., Pepton im Harn 49.
Wasthin, A. S., Extrauterinschwangerschaft 94.
Watkins, T. J., Ovariotomie 704.
Watson, A. E., Varicocele 27.
Weber, F. P., Lues 126.
Wefers, Antinervin 649.
Wegeli, E., Diabetes 58.
Wegener, Paukenhöhlensklerose 193.
Weit, J., Osteomalacie 320.
Weisbecker, Masern 683.
Weiske, H., Nahrungsentziehung 417.
v. Weismayr, A., Insufficienz d. Aorta 651; Pneumonie 781.
Weiss, J., Höhenklima 470.
Welander, E., Lues 380.
v. Wellenhof, R. H., Digitoxin 37.
Welsli, E., Plac. praevia 271.
Werler, O., Itrol 317.
Werner, S., Lues 494, 810.
Wertheim, E., Exstirpation 720.
Wertheimer, E., Hirnphysiol. 743.
Westphal, A., Tabes 508.
Weygands, W., Lues 621.
Wharton, H. R., Dislocation dos Ulnaris 93.
Wicke, A., Ernährung 19.
Widal, Typhusbacillen 21; Agglutination 264.
Widowitz, J., Vaccinia 431.
Wieland, Therapie d. Tuberk. 7.

Digitized by Google

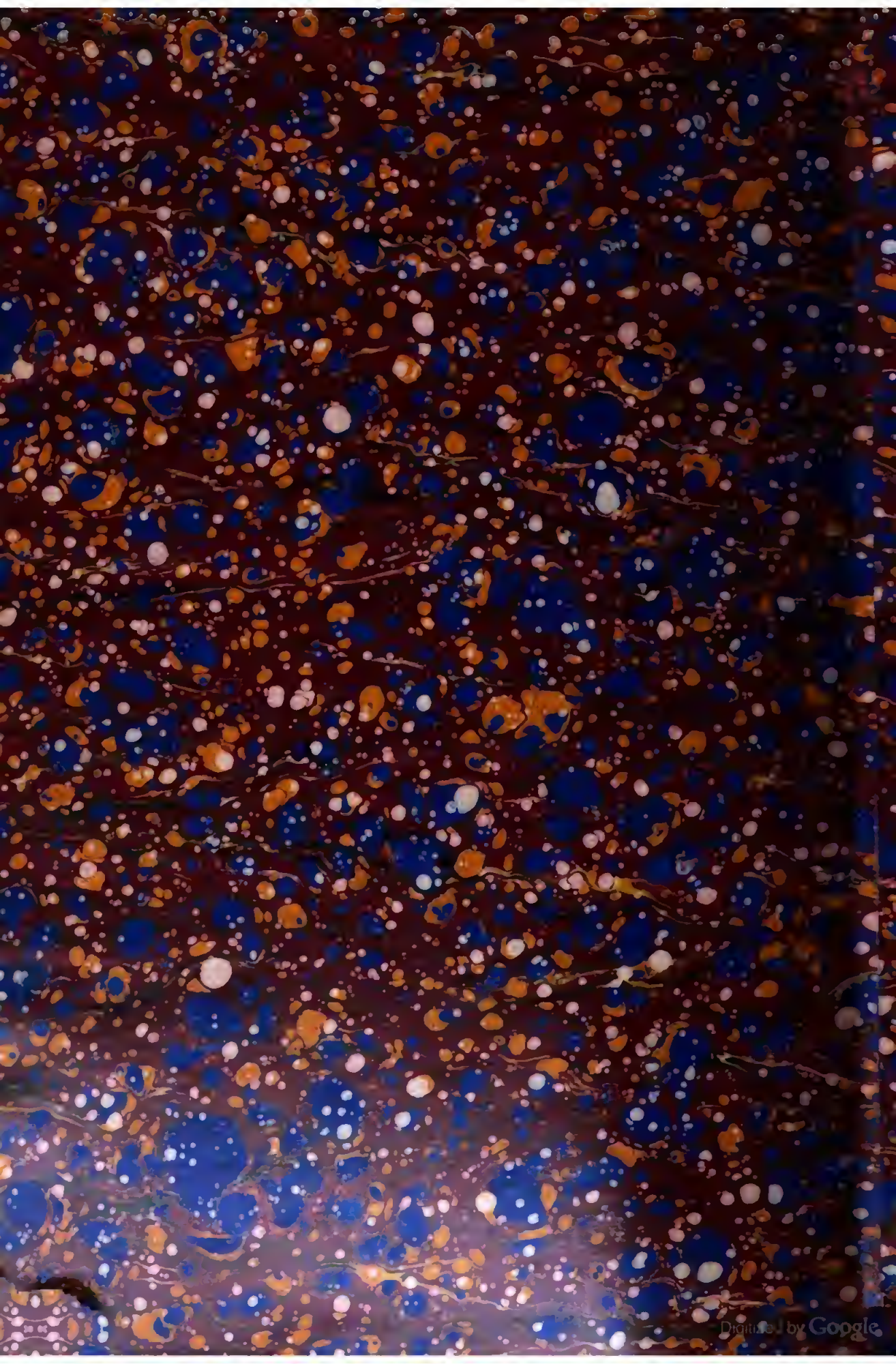
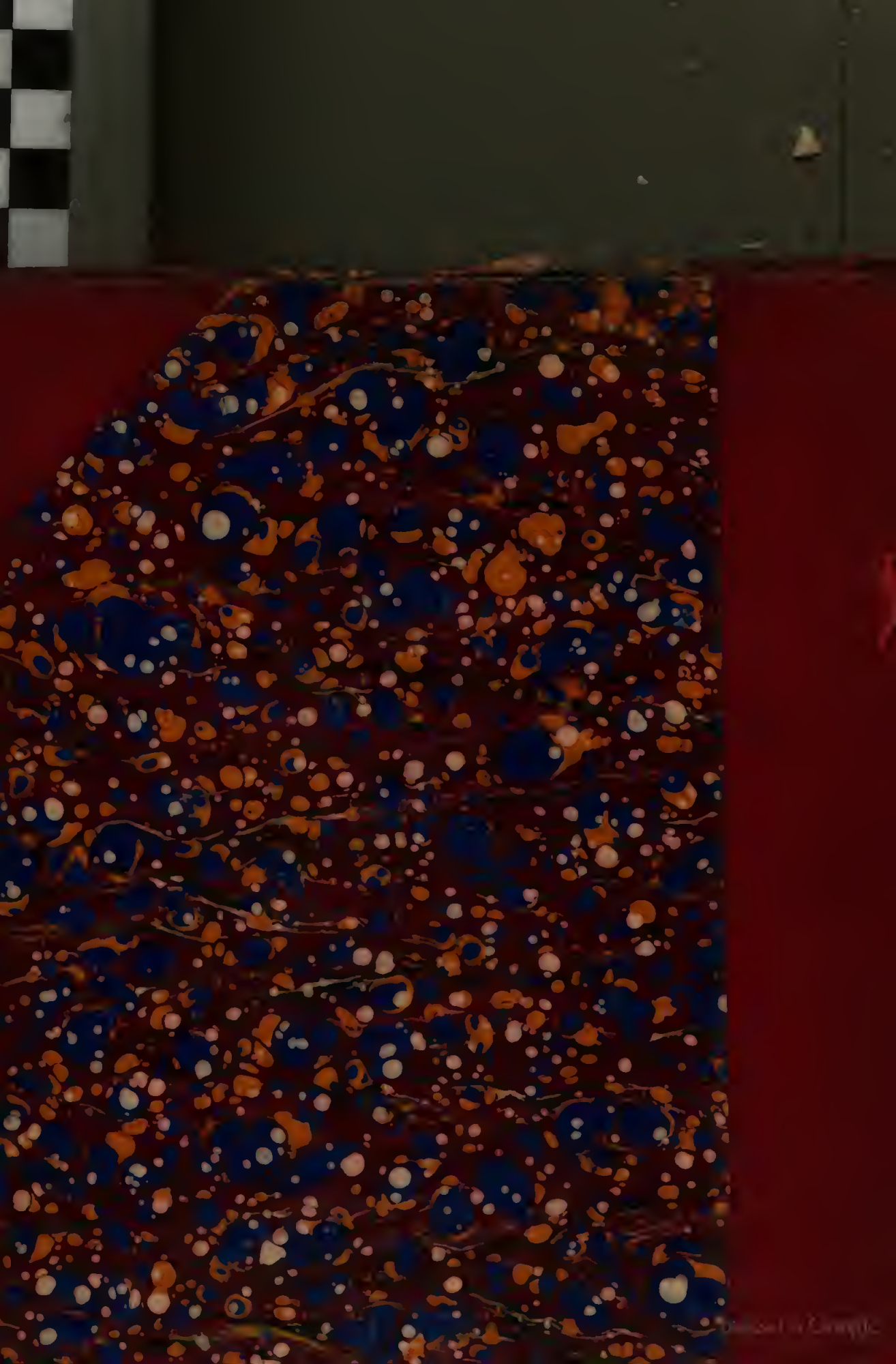
Wild, M., Hämoglobin 626.
Wild, O., Tuberkulose 851.
Wille, H., Oberarmexartikul. 334.
Willmanns, C., Atmung 582.
Wilms, M., Bissfliege 909.
v. Winckel, F., Unterricht 479; Missbild. 496.
Winkler, F., Amylnitrit 297; Frauenmilch 582, 708, 784.
Winterberg, H., Ammoniak 755.
Winterhalter, E., Ovarien 656.
Winternitz, H., Blut 164.
Wirz, O., Tannigen 716.
Witte, E., Wasserirrigation 287.
Witthauer, Aus der Praxis 475; Benzinvergift. 826.
Wittmaack, R., Nucleon 514.
Wittlin, Strassenstaub 368.
Wolf, Bakteriologie 874.
Wolf, O., Otitis 215.
Wolff, O., Tuberkulose 837.
Wood, C. A., Amblyopie 107.
Woods, R. H., Kehlkopfkrebs 486.

Y.

Yearsley, Eucain 366.
Yersin, Bubonenpest 279.
Young, R. H., Nerventumor 692.

Z.

Zahludowski, J., Massage 141.
Zappert, J., Lues 270, 618.
Zawadzki, J., Endocarditis 813.
Zechanowitsch, A., Ohrmuschel 627.
Zechuisen, H., Cystenflüssigkeit 4.
v. Zeissl, M., Lues 719.
Zeroni, Cholesteatom 792.
v. Zeynek, Desinfektion 104.
v. Zeynek, R., Dermoidcyste 581.
Ziegelrot, Krasenlehre 355.
Ziegler, P., Alopecie 655.
v. Ziemssen, Milz 764.
Zinn, Anchylostomie 172.
Zinn, Parachlorphenol 296.
Zinn, K., Chorea 348.
Zinn, W., Fleischpepton 322; Anchylostomum 667.
Zober, Anärobien 439.
Zoege-Manteuffel, W., Ellbogenfraktur 646.
Zoja, L., Elastin 834.
Zuckerkandl, E., Ovarialtaschen 768.
Zuntz, N., Höhenklima 65; Atmung 769.


Digitized by Google

Digitized by Google